

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL**

**LA REPRÉSENTATION SOCIALE DU SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS  
DE DIFFÉRENTES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES**

**THÈSE  
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE**

**PAR  
WITNISSE MEREUS**

**MAI 2006**

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer mes remerciements à mon directeur de thèse, monsieur Brian Mishara exigeant compagnon de parcours qui croit à la rigueur scientifique et au travail acharné, et à mon co-directeur monsieur Willem Doise pour sa précieuse collaboration. Leurs critiques et suggestions constructives, ont rendu leurs supervisions inappréciables au cours des dernières années.

Mes remerciements sont aussi transmis à l'équipe du laboratoire de psychologie sociale de Genève et au CRISE pour le soutien financier et logistique fournis. De même, je veux remercier le professeur Domino qui m'a autorisé à utiliser son questionnaire (SOQ).

Je tiens aussi à exprimer chaleureusement ma reconnaissance à mes collègues d'étude et de bureau, pour leurs encouragements et supports tout au long du processus.

Je veux aussi exprimer ma gratitude à tous les élèves qui ont complété le questionnaire et/ou participé aux entrevues de groupe, ainsi qu'aux informateurs-clés, professeurs, directeurs et directeurs adjoints qui ont accepté de collaborer à la recherche.

Finalement, je ne saurai oublier de mentionner l'apport inestimable de chaque membre de ma famille (Miraude, Azer et Dinslye, je n'y serais pas arrivé sans vous), de ma très chère collègue de bureau Marie-Sylvie, de Gina, de Christophe, de Michelle, de Magalie, de Carlyne, d'Emmanuel de Myrlande, de Simon, leurs affection, compréhension, prière et support se sont avérés des éléments essentiels au succès de l'ensemble de la démarche.

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	ii
LISTE DES FIGURES .....	viii
LISTE DES ANNEXES .....	x
<i>RÉSUMÉ</i> .....	xii
<i>Introduction</i> .....	1
<i>Problématique</i> .....	4
<i>Chapitre 1</i> .....	
<i>La psychologie pour l'étude des communautés</i> .....	5
1.1. Psychologie et culture .....	5
1.2. La culture dans le contexte de l'immigration.....	6
1.3. Acculturation .....	7
1.3.1. Stratégies d'acculturation.....	7
1.3.2. Acculturation et politique d'immigration de la société d'accueil.....	10
1.4. Ethnicité et identité .....	11
1.4.1. Ethnie : .....	11
1.4.2. Ethnicité : .....	12
1.4.3. Communauté culturelle : .....	12
1.4.4. Identité et identité ethnique.....	12
<i>Chapitre 2</i> .....	
<i>Contexte théorique du suicide des adolescents</i> .....	15
2.1. Suicide et adolescence .....	15
2.1.1. Suicide .....	15
2.1.2. Théories sur le suicide .....	17
2.1.3. Approche écologique .....	20
2.1.4. Approche des Représentations sociales .....	21
2.2. Adolescence.....	21
2.2.1. Processus de socialisation et développement identitaire à l'adolescence .....	23
2.2.2. Suicide et adolescence .....	24
<i>Chapitre 3</i> .....	
<i>Des attitudes aux représentations sociales</i> .....	27
3.1. Attitudes .....	27
3.1.1. Composantes des attitudes .....	27
3.2. Relation entre les attitudes et les représentations sociales .....	34



<i>Chapitre 4.....</i>	
<i>Approche des représentations sociales.....</i>	38
<b>4.1. Historique et description .....</b>	38
<b>4.2. Définition .....</b>	43
<b>4.3. Modèle de la recherche en représentation sociale.....</b>	44
<b>4.4. Modèle conceptuel.....</b>	46
 <i>Chapitre 5.....</i>	
<i>Portrait sociopolitique et démographique des communautés ethnoculturelles.....</i>	48
<b>5.1. Profil démographique de la ville de Montréal.....</b>	48
<b>5.2. Portrait de la communauté haïtienne.....</b>	49
5.2.1. Immigration haïtienne.....	49
5.2.2. Valeurs de la communauté haïtienne .....	50
<b>5.3. Portrait de la communauté italienne.....</b>	51
5.3.1. Immigration italienne.....	51
5.3.2. Valeurs de la communauté italienne.....	52
<b>5.4. Portrait de la communauté latino-américaine .....</b>	52
5.4.1. Immigration latino-américaine .....	52
5.4.2. Valeurs de la communauté latino-américaine.....	53
<b>5.5. Portrait de la communauté québécoise de souche francophone.....</b>	55
5.5.1. Famille québécoise.....	55
5.5.2. Valeurs de la communauté québécoise de souche francophone .....	55
 <i>Chapitre 6.....</i>	
<i>Contexte théorique du suicide dans les différentes communautés ethnoculturelles</i>	
.....	57
<b>6.1. Suicide et communautés ethnoculturelles .....</b>	57
<b>6.2. Suicide au pays d'origine et élaboration hypothétique de sa représentation sociale .....</b>	58
6.2.1. Suicide en Haïti.....	58
6.2.2. Suicide en Italie .....	60
6.2.3. Suicide en Amérique latine.....	61
6.2.4. Suicide au Québec .....	62
<b>6.3. Représentations sociales du suicide chez les adolescents dans différentes communautés ethnoculturelles .....</b>	64
<b>6.4. Synthèse .....</b>	65
 <i>Chapitre 7.....</i>	
<i>Méthodologie.....</i>	66

<b>7.1. Objectif principal et hypothèses de l'étude .....</b>	<b>66</b>
7.1.1. Objectif principal .....	66
7.1.2. Hypothèses .....	67
<b>7.2 Choix méthodologiques .....</b>	<b>70</b>
7.2.1. Méthode qualitative .....	71
7.2.2. Méthode quantitative .....	71
7.2.3. Méthode mixte .....	71
<b>7.3. Entrevue auprès des informateurs-clés.....</b>	<b>72</b>
7.3.1. Participants.....	72
7.3.2. Instrument de mesure.....	74
7.3.3. Procédure de collecte .....	75
7.3.4. Analyse des entrevues.....	76
<b>7.4. Questionnaire .....</b>	<b>78</b>
7.4.1. Participants.....	78
7.4.2. Instruments de mesure .....	81
7.4.3 Procédure de collecte .....	86
7.4.4. Analyse des questionnaires .....	87
<b>7.5. Entrevue de groupe.....</b>	<b>89</b>
7.5.1. Participants.....	89
7.5.2. Instrument de collecte.....	91
7.5.3. Procédure de collecte .....	91
7.5.4. Analyse des entrevus de groupes .....	92
<b>7.6. Variables à l'étude .....</b>	<b>93</b>
7.6.1 Variables indépendantes .....	93
7.6.2 Variables dépendantes .....	94
7.6.3 Variables intermédiaires .....	96
7.6.4. Variables sociodémographiques et psychosociales .....	96
<b>7.7 Considérations éthiques.....</b>	<b>97</b>
 <i>Chapitre 8.....</i>	
<i>Représentations sociales des adultes des communautés ethnoculturelles.....</i>	<i>99</i>
<b>8.1. Attitudes.....</b>	<b>99</b>
<b>8.2. Perceptions.....</b>	<b>101</b>
<b>8.3. Croyances.....</b>	<b>103</b>
<b>8.4. Valeurs .....</b>	<b>104</b>
<b>8.5. Acceptabilité du geste suicidaire.....</b>	<b>105</b>
<b>8.6. Principaux éléments de la représentation sociale .....</b>	<b>106</b>
8.6.1. Principes organisateurs des représentations sociales des communautés.....	107

<b>Chapitre 9.....</b>	
<b><i>Portrait des adolescents des communautés sélectionnées .....</i></b>	<b>108</b>
<b>9.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants .....</b>	<b>108</b>
<b>9.2. Profil d'intégration des jeunes d'origine haïtienne et latino-américaine .....</b>	<b>111</b>
<b>9.3 Implication dans la communauté d'origine .....</b>	<b>112</b>
<b>9.4. Comportements et variables en lien au suicide .....</b>	<b>114</b>
<b>Chapitre 10.....</b>	
<b><i>Attitudes des adolescents des communautés ethnoculturelles .....</i></b>	<b>116</b>
<b>10.1. Distribution des attitudes des adolescents au sein des communautés ethnoculturelles .....</b>	<b>116</b>
10.1.1. Distribution des attitudes des adolescents de la communauté haïtienne.	117
10.1.2. Distribution des adolescents de la communauté latino-américaine quant aux attitudes.....	120
10.1.3. Attitudes des adolescents de la communauté québécoise quant au suicide	123
<b>10.2. Description des sous-échelles d'attitudes des communautés ethnoculturelles .....</b>	<b>126</b>
10.2.1. Description des sous-échelles d'attitudes de la communauté haïtienne .	126
10.2.2. Description des sous-échelles d'attitudes de la communauté latino-américaine.....	127
10.2.3. Description des sous-échelles d'attitudes de la communauté québécoise .....	127
10.2.4. Synthèse du descriptif des sous-échelles d'attitudes .....	128
<b>10.3.Comparaison des attitudes au sein des trois communautés .....</b>	<b>130</b>
10.3.1. Test de contraste .....	133
<b>10.4. Synthèse des attitudes en fonction des communautés ethnoculturelles .....</b>	<b>134</b>
<b>10.5. Attitudes en fonction du genre.....</b>	<b>135</b>
10.5.1. Comparaison entre les filles et les garçons de la communauté haïtienne	136
10.5.2. Comparaison entre les filles et les garçons de la communauté latino-américaine.....	137
10.5.3. Comparaison entre les filles et les garçons de la communauté québécoise.....	138
10.5.3. Synthèse des attitudes en fonction du genre .....	139
<b>10.6.Analyse discriminante .....</b>	<b>139</b>
10.6.1. Description de l'analyse discriminante.....	139
10.6.2. Résultats de l'analyse discriminante.....	140
10.6.3. Conclusion de l'analyse discriminante .....	144
<b>Chapitre 11 .....</b>	
<b><i>Représentation sociale des adolescents des communautés ethnoculturelles.....</i></b>	<b>145</b>

<b>11.1.Présentation des dimensions de la représentation sociale des communautés ethnoculturelles .....</b>	<b>146</b>
11.1.1. Croyances.....	146
11.1.2. Perceptions.....	146
11.1.3. Valeurs .....	146
<b>11.2...Comparaison descriptive des dimensions de la représentation sociale au sein des trois communautés .....</b>	<b>147</b>
11.2.1. Croyances.....	147
11.2.2. Perceptions.....	150
11.2.3. Valeurs .....	152
11.2.4. Synthèse des dimensions de la représentation sociale des adolescents des communautés ethnoculturelles.....	157
<b>11.3. Analyse factorielle des éléments constitutif de la représentation sociale du suicide.....</b>	<b>158</b>
11.3.1. Description de l'analyse factorielle .....	158
11.3.2. Résultats de l'analyse factorielle .....	159
<b>11.4. Analyse de variance des facteurs de la représentation sociale du suicide ..</b>	<b>163</b>
11.4.1 Présentation de l'analyse de variance .....	163
11.4.2. Résultats de l'analyse de variance .....	163
11.4.3. Représentation sociale des adolescents en fonction du genre.....	166
<b>11.5. Analyses secondaires.....</b>	<b>168</b>
1.5.1. Représentation sociale et pratique religieuse .....	168
<b>11.6. Synthèse des résultats sur les représentations sociales des communautés ethnoculturelles .....</b>	<b>169</b>
 <b>Chapitre 12.....</b>	
<b><i>Représentation sociale en fonction de l'identité ethnique.....</i></b>	<b><i>172</i></b>
<b>12.1. Niveau d'identification aux cultures d'origine et d'accueil .....</b>	<b>172</b>
<b>12.2. Mode d'acculturation des adolescents .....</b>	<b>174</b>
<b>12.3. Analyse secondaire.....</b>	<b>175</b>
12.3.1. L'acculturation selon le genre.....	175
12.3.2. L'acculturation selon le pays de naissance .....	176
12.3.3. Représentation sociale selon le mode d'acculturation .....	177
<b>12.4. Synthèse .....</b>	<b>179</b>
 <b>Chapitre 13.....</b>	
<b><i>Représentations sociales des adolescents des communautés ethnoculturelles à partir des entrevues de groupe.....</i></b>	<b><i>180</i></b>
<b>13.1. Description des adolescents des entrevues de groupe.....</b>	<b>180</b>
<b>13.2. Attitudes .....</b>	<b>183</b>

<b>13.3. Perceptions.....</b>	<b>186</b>
<b>13.4. Croyances.....</b>	<b>187</b>
<b>13.5. Valeurs .....</b>	<b>188</b>
13.5.1. Principes organisateurs des représentations sociales communautés .....	190
<b>13.6. Acceptabilité du geste suicidaire.....</b>	<b>191</b>
<b>13.7. Principaux éléments de la représentation sociale .....</b>	<b>192</b>
<b>13.8. Comportements .....</b>	<b>194</b>
 <i>Chapitre 14.....</i>	
<i>Discussion .....</i>	<i>196</i>
<b>14.1. Vérification des principales hypothèses .....</b>	<b>196</b>
<b>14.2. Commentaires explicatifs des représentations sociales .....</b>	<b>200</b>
<b>14.3. Vérification des hypothèses secondaires .....</b>	<b>203</b>
14.3.1. Maladie mentale.....	204
14.3.2. Recherche d'aide.....	204
14.3.3. Droit de mourir .....	205
14.3.4. Religion.....	206
14.3.5. Normalité .....	207
14.3.6. Moralité.....	208
14.3.7. Famille .....	208
14.3.8. Synthèse des attitudes .....	209
<b>14.4. Vérification des hypothèses quant à l'acculturation.....</b>	<b>210</b>
<b>14.5. Vérification des hypothèses quant au genre .....</b>	<b>212</b>
<b>14.6. Comportements suicidaires et représentations sociales .....</b>	<b>213</b>
<b>14.7. Limites de l'étude.....</b>	<b>214</b>
<b>14.8. Implications pour la recherche.....</b>	<b>216</b>
<b>14.9. Implication pour la prévention et la promotion.....</b>	<b>217</b>
 <i>Conclusion.....</i>	<i>220</i>
 <i>Bibliographie.....</i>	<i>222</i>
 <i>Annexes.....</i>	<i>233</i>

## LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 8.1: Attitudes envers le suicide des communautés .....</i>	<i>101</i>
<i>Tableau 8.2 : Perception du suicide des communautés.....</i>	<i>102</i>
<i>Tableau 8.3 : Croyances des communautés quant au suicide.....</i>	<i>103</i>
<i>Tableau 9.1 Caractéristiques des adolescents.....</i>	<i>110</i>
<i>Tableau 9.3 L'implication dans les activités de la communauté d'origine .....</i>	<i>113</i>
<i>Tableau 9.4 : Les comportements et variables en lien au suicide.....</i>	<i>115</i>
<i>Tableau 10.1 Distribution des attitudes des adolescents haïtiens quant au suicide....</i>	<i>118</i>
<i>Tableau 10.1: Distribution des adolescents haïtiens quant au suicide.....</i>	<i>119</i>
<i>Tableau 10.2: Distribution des attitudes des adolescents latino-américains quant au suicide .....</i>	<i>121</i>
<i>Tableau 10.3: Distribution des attitudes des adolescents québécois quant au suicide</i>	<i>124</i>
<i>Tableau 10.4 Description des sous-échelles d'attitudes des adolescents de la communauté haïtienne envers le suicide (N= 212) .....</i>	<i>126</i>
<i>Tableau 10.5 Description des sous-échelles d'attitudes des adolescents de la communauté latino-américaine envers le suicide (N=119).....</i>	<i>127</i>
<i>Tableau 10.6 : Description des sous-échelles d'attitudes des adolescents de la communauté québécoise envers le suicide (N=210) .....</i>	<i>128</i>
<i>Tableau 10.7 : Comparaison des attitudes envers le suicide des communautés et khicarré.....</i>	<i>129</i>
<i>Tableau 10.8: Moyenne et écart-type des trois communautés et les résultats de la MANOVA. ....</i>	<i>132</i>
<i>Tableau 10.9: Résultats du test de contraste des sous-échelles d'attitude.....</i>	<i>133</i>
<i>Tableau 10.10: Comparaisons des filles (N=235) et garçons (N=218) sur les 7 sous-échelles d'attitudes .....</i>	<i>135</i>
<i>Tableau 10.11 : Analyse de variance des adolescents haïtiens filles (N=82) versus garçons (N=88).....</i>	<i>136</i>
<i>Tableau 10.12 : Analyse de variance des adolescents latino-américains filles (N=59) versus garçons (N=39) .....</i>	<i>137</i>
<i>Tableau 10.13 Analyse de variance des adolescentes québécoises filles (N=94) versus garçons (N=91).....</i>	<i>138</i>
<i>Tableau 10.14 : Résultat de l'analyse discriminante.....</i>	<i>140</i>
<i>Tableau 10.15 : Résultats du test du Wilks' Lambda .....</i>	<i>140</i>
<i>Tableau 10.16 : Matrice de la structure des fonctions .....</i>	<i>142</i>
<i>Tableau 10.17 : Matrice de corrélation entre les fonctions et de corrélation entre l'intragroupe et les prédicteurs.....</i>	<i>143</i>

<i>Tableau 10.18 : Comparaison de la communauté ethnoculturelle prédite versus réelle à partir d'une analyse discriminante .....</i>	<i>144</i>
<i>Tableau 11.1: Représentation sociale du suicide des adolescents : ACP .....</i>	<i>160</i>
<i>Tableau 11.2: Saturation factorielle des items des représentations sociales après rotation .....</i>	<i>162</i>
<i>Varimax pour toutes les communautés.....</i>	<i>162</i>
<i>Tableau 11.3: Comparaison des représentations sociales du suicide des adolescents des communautés ethnoculturelles : GLM.....</i>	<i>165</i>
<i>Tableau 11.4: Résultats du test de contraste des facteurs en fonction de la communauté.....</i>	<i>166</i>
<i>Tableau 11.5: Comparaison des représentations sociales du suicide des adolescents en fonction du genre: GLM.....</i>	<i>167</i>
<i>Tableau 11.6: Résultats du test de contraste des facteurs en fonction du genre.....</i>	<i>168</i>
<i>Tableau 11.7: Comparaison des représentations sociales du suicide des adolescents en fonction de la pratique religieuse : GLM.....</i>	<i>169</i>
<i>Tableau 12.1: Niveau d'identification aux cultures d'origine et d'accueil.....</i>	<i>173</i>
<i>Tableau 12.2 : Comparaison de la fréquence des modes d'acculturation selon les communautés culturelles .....</i>	<i>175</i>
<i>Tableau 12.3: Mode d'acculturation selon le genre.....</i>	<i>176</i>
<i>Tableau 12.4: Mode d'acculturation des adolescents des communautés culturelles selon le pays de naissance.....</i>	<i>176</i>
<i>Tableau 12. 5: Analyse de variance des représentations sociales en fonction de l'acculturation des adolescents.....</i>	<i>178</i>
<i>Tableau 13.1 : Caractéristiques des participants.....</i>	<i>182</i>
<i>Tableau 13.2 : Attitudes envers le suicide des adolescents des communautés .....</i>	<i>185</i>
<i>Tableau 13.3 : Perception du suicide des adolescents des communautés .....</i>	<i>187</i>
<i>Tableau 13.4: Croyances quant au suicide des adolescents de leurs communautés... ..</i>	<i>188</i>
<i>Tableau 13.5 : Valeurs quant au suicide des communautés.....</i>	<i>190</i>
<i>Tableau 13.6.:Acceptabilité du suicide dans les communautés .....</i>	<i>192</i>
<i>Tableau 13.7 : Principaux éléments de la représentation des communautés.....</i>	<i>194</i>
<i>Tableau 13.8 : Comportements quant au suicide des adolescents des communautés. ..</i>	<i>195</i>



## **LISTE DES FIGURES**

<i>Figure 10.1: Pourcentage d'accord des communautés quant aux sept sous-échelles d'attitude</i> .....	130
<i>Figure 10.2: Carte territoriale des communautés</i> .....	141
<i>Figure 11.1: Répartition des sentiments selon les communautés</i> .....	147
<i>Figure 11.2: Répartition des causes selon les communautés</i> .....	148
<i>Figure 11.3: Répartition des facteurs de protection selon les communautés</i> .....	149
<i>Figure 11.4: Répartition de la perception de l'acte suicidaire selon les communautés</i> .....	150
<i>Figure 11.5: Répartition de la perception du suicidaire selon les communautés</i> .....	151
<i>Figure 11.6: Adhésion aux valeurs générales selon les communautés</i> .....	152
<i>Figure 11.7: Adhésion aux valeurs familiales selon les communautés</i> .....	153
<i>Figure 11.8: Adhésion aux valeurs individuelles selon les communautés</i> .....	154
<i>Figure 11.9: Adhésion aux valeurs religieuses selon les communautés</i> .....	155
<i>Figure 11.10: Acceptabilité du geste suicidaire selon les communautés</i> .....	156
<i>Figure 14.1: Principes organisateurs de la représentation sociale</i> .....	199
<i>Figure 14.2: Influence de la représentation sociale sur les réactions</i> .....	203



## ***LISTE DES ANNEXES***

<i>Annexe 1: Plan de l'entrevue</i>	<i>233</i>
<i>Annexe 2: Formulaire de consentement</i>	<i>236</i>
<i>Annexe 3: Questionnaire</i>	<i>238</i>
<i>Annexe 4: Consentement au questionnaire</i>	<i>250</i>
<i>Annexe 5: Plan de l'entrevue de groupe</i>	<i>252</i>
<i>Annexe 6: Consentement des adolescents pour l'entrevue de groupe</i>	<i>254</i>
<i>Annexe 7: Ressources d'aide</i>	<i>256</i>
<i>Annexe 8: Figures descriptives supplémentaires</i>	<i>258</i>

## RÉSUMÉ

### **Représentation sociale du suicide chez les adolescents des différentes communautés ethnoculturelles**

Au Québec le suicide est la première cause de décès chez les adolescents (Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), 2005). Il est connu que les comportements peuvent être influencés par les représentations sociales (RS). Ainsi, la RS du suicide est primordiale dans l'acceptation ou le rejet des comportements suicidaires. Toutefois, peu de recherches existent sur la RS du suicide. Étant donné cet état de fait, l'étude a deux objectifs : premièrement, d'identifier les RS du suicide des adolescents des communautés haïtienne, latino-américaine et québécoise. Deuxièmement, de comparer les RS du suicide des différentes communautés ethnoculturelles. Les trois hypothèses suivantes étaient à vérifier : 1) la principale représentation sociale du suicide chez les adolescents haïtiens ou d'origine haïtienne est un acte d'impuissance; 2) la principale représentation sociale du suicide chez les adolescents latino-américains ou d'origine latino-américaine est un acte dyssocial et 3) la principale représentation sociale du suicide chez les adolescents québécois de souche francophone est un acte raisonné.

Afin d'y parvenir, une méthode mixte a été utilisée. Ainsi, la méthode qualitative (entrevue auprès d'informateurs-clés, N=17; entrevue de groupe, N= 7) et la méthode quantitative ont été employées (questionnaires: Suicide Opinion Questionnaire (SOQ), (Domino, 1982); d'acculturation (Berry, 1980); et des questions de croyances, de perceptions et de valeurs). Les questionnaires ont été complétés par 548 adolescents de 6 écoles secondaires. L'analyse classique de contenu a été utilisée pour les données qualitatives et les analyses descriptive, factorielle, discriminante et de variance multiple ont été utilisées pour les données quantitatives.

Les résultats montrent que la principale RS des communautés diffère et est moins spécifique que prévue. Ainsi, on constate que les adolescents haïtiens et latino-américains ont pour la plupart la représentation traditionnelle du suicide. En effet, la majorité d'entre eux partagent les mêmes valeurs (interdit religieux, inacceptabilité du suicide, non droit de se tuer) et plusieurs attitudes (lié à la maladie mentale, acte anormal et mauvais) mais celles-ci sont en partie rejetées des adolescents québécois. Les adolescents québécois adoptent en majorité une représentation humaniste du suicide. Donc, ils croient que le suicide est un comportement normal, qu'il peut être une porte de sortie et qu'on doit respecter la liberté individuelle même si l'on n'accepte pas le geste suicidaire. Parmi les adolescents des communautés culturelles le type d'acculturation adopté (intégration ou ethnocentrisme) influence peu la RS.

L'ensemble des résultats de cette recherche mixte a permis de découvrir que la principale RS du suicide des adolescents haïtiens et latino-américains sont très similaires et basés sur les valeurs religieuses et le non droit de se tuer, tandis que pour les adolescents québécois ce sont les valeurs individuelles qui priment. De plus, cette recherche souligne l'importance de cibler les RS lors des programmes de prévention du suicide.

**Mots clés : représentation sociale, suicide, ethnoculturelle, adolescent**

## INTRODUCTION

Le débalancement économique et démographique, l'avancement technologique et la communication internationale sont des facteurs qui font en sorte que l'immigration vers les pays industrialisés a pris de l'envergure. Ainsi, au fil des catastrophes naturelles ou humaines les gens se déplacent et forment des communautés à des endroits qui semblent plus propices à leur bien-être. Lors de ces déplacements, en plus de leurs bagages matériels ils amènent aussi leurs bagages culturels (attitudes, croyances, perceptions, valeurs...) autrement dit, leurs visions et représentations du monde.

Dans le contexte migratoire contemporain et la grande mobilité des communautés, il est pertinent de se questionner quant au maintien des représentations sociales.

Le suicide est un problème universel qui touche toutes les communautés et tous les groupes d'âges qu'il soit reconnu ou non. L'histoire nous permet de voir, que les communautés ethnoculturelles avaient différentes représentations sociales (RS) du suicide et que celles-ci ont évoluées au cours des époques (Range et al., 1999; Tousignant & Mishara, 1981). Ainsi, l'agglomération métropolitaine montréalaise se diversifiant de plus en plus au niveau culturel, il importe de bien identifier la RS du suicide du pays d'origine et vérifier s'il y a l'adoption des représentations sociales du pays d'accueil par les communautés immigrantes.

À l'heure actuelle, plusieurs études comparatives sont réalisées à travers le monde entre différentes communautés ethnoculturelles quant aux attitudes face au suicide. (Domino, 1981; Domino & Leenaars, 1989; Domino & Leenaars, 1995). Néanmoins, vu la difficulté de mesurer la représentation sociale, aucun auteur n'a dépassé le cadre des attitudes dans les études quantitatives.

Au cours de cette étude on abordera les questions suivantes : Quelle est la représentation du suicide des adolescents des communautés ethnoculturelles sélectionnées ? La représentation des adolescents des communautés culturelles (haïtienne et latino-

américaine) diffère-t-elle de celle des Québécois de souche francophone? Le niveau d'acculturation des adolescents des communautés culturelles affecte-t-il leur RS ? Toutefois, avant d'aborder les RS, les attitudes seront présentées.

Cette étude poursuit deux principaux objectifs. Premièrement, elle vise à identifier les représentations sociales des différentes communautés sélectionnées et deuxièmement, à les comparer.

L'étude de la représentation sociale du suicide des adolescents provenant de différentes communautés est importante sachant que celle-ci donne un sens et influence le comportement. De plus, dans une approche promotionnelle, une connaissance de la représentation des adolescents des communautés ethnoculturelles permet de mieux cibler les éléments à aborder pour prévenir le suicide.

La représentation sociale est un concept qui jusqu'à présent n'a pas été étudié dans le domaine de la suicidologie au Québec. Pourtant, plusieurs études mentionnent l'importance de la représentation dans l'acceptation ou le rejet d'un comportement quelconque (Massé, 1995; Tapia & Roussay, 1991). De plus, le taux élevé d'immigration à Montréal réclame une réflexion sur la représentation des adolescents et la façon d'aborder la problématique du suicide.

Cette thèse se divise en quatre sections. La première section comprend les chapitres 1 à 6 qui placent les assises théoriques, puis la problématique suicidaire dans le contexte des jeunes et des communautés ethniques. Dans ces chapitres, les deux principaux concepts utilisés dans le cadre de l'étude sont présentés, soit le suicide et la représentation sociale, d'autres concepts (acculturation, adolescence, culture, identité ethnique, immigration) importants à la compréhension de l'étude sont aussi abordés. Ensuite, on étudie la question des représentations sociales du suicide dans différentes communautés. Par la suite, on présente les études qui se rapprochent le plus de la problématique; celles traitant des attitudes quant au suicide dans les communautés sélectionnées. Finalement, pour clôturer la première section on retrouve dans le chapitre 6 le cadre conceptuel et les postulats de la recherche.

La deuxième section traite des aspects méthodologiques. On y retrouve les hypothèses (principales et secondaires) les choix méthodologiques, les instruments, les procédures, les variables à l'étude et les considérations éthiques.

La troisième section présente les résultats. Tout d'abord, on retrouve les RS des adultes des communautés ethnoculturelles recueilli à l'aide des entrevues auprès des informateurs-clés (chapitre 8). Par la suite, le portrait des adolescents de chaque communauté est dressé (Chapitre 9). Puis, les attitudes des jeunes des différentes communautés sont présentées et comparées (chapitre 10). Au chapitre 11, les RS des jeunes des différentes communautés sont présentées et comparées. Ensuite, l'identité ethnique et le type d'acculturation sont discutés et mis en relation aux RS du suicide (chapitre 12). Finalement, on aborde les représentations sociales à partir des données apportées par les entrevues de groupe (Chapitre 13).

Dans la quatrième section on retrouve une discussion des résultats par rapport aux hypothèses postulées, ainsi que des limites de la recherche (chapitre 14). Pour finir, on présente la conclusion et les recommandations pour des recherches futures et la prévention du suicide auprès des jeunes des communautés ethnoculturelles (chapitre 15).

## PROBLÉMATIQUE

Le suicide représente la première cause de mortalité au Québec chez les jeunes de 15 à 19 ans. En effet, à Montréal on retrouve dans ce groupe d'âge, en moyenne 31 décès et 70 hospitalisations pour tentatives suicidaires par an (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998). Les études épidémiologiques permettent d'affirmer que les facteurs de risque à l'origine des tentatives de suicide et des suicides complétés sont multiples et plusieurs sont modifiables (prédispositions physiques, contexte culturel, contexte socio-économique, environnement social, etc.) (Berman, 1997; Butler, Novy, Kagan, & Gates, 1994; Cotton & Range, 1996; Rogers, 1993; Tousignant, Gagnon, & Des Aulniers, 1999). Au Québec, il y a plusieurs recherches et beaucoup de documentations qui traitent cette problématique, cependant, peu se sont intéressées aux communautés culturelles et aucun aux représentations sociales. L'étude qui suit vise à remédier à cette situation.

## CHAPITRE 1

### LA PSYCHOLOGIE POUR L'ÉTUDE DES COMMUNAUTÉS

Avant même d'aborder la représentation sociale, thème central de l'étude il semble judicieux de donner un bref aperçu du concept culture et des différents concepts et définitions pertinents à l'étude, qui y sont rattachés.

#### *1.1. Psychologie et culture*

La culture est un concept de base en sciences sociales. C'est une notion complexe et floue, redéfinie à plusieurs reprises et qui fait l'objet de nombreuses critiques. Cependant, les auteurs s'entendent pour dire que la culture est un mode de vie et de réponses à l'environnement partagés par les membres d'un même groupe. Elle est dynamique et se transforme continuellement selon une série de relations et de processus sociaux (Camilleri & Cohen-Émerique, 1989; Kroeber & Kluckhohn, 1952). Ainsi, il y a une interrelation entre la culture et les individus qui la composent. C'est un phénomène de participation qui crée une ressemblance de base et unifie, par conséquent elle distingue ses membres de ceux d'une autre culture.

La culture est un cadre de référence, un modèle culturel, qui enveloppe de sens et oriente les conduites. En d'autres mots, c'est une manière de penser, de sentir et d'agir.

La culture est un concept très vaste ayant une multitude de définitions. La définition adoptée pour l'étude est celle de Camilleri, «La culture est l'ensemble plus ou moins fortement lié des significations acquises les plus persistantes et les plus partagées que les membres d'un groupe, de par leur affiliation à ce groupe, sont amenés à distinguer de façon prévalante sur les stimuli provenant de leur environnement et d'eux même, induisant vis-à-vis de ces stimuli des attitudes, des représentations et des comportements communs valorisés, dont ils tendent à assurer la reproduction par des voies non

génétiques» (Camilleri & Cohen-Émerique, 1989) p27. Toutefois, elle est transmise d'une génération à l'autre.

Pour Bourdieu, la culture est la programmation collective de l'esprit qui distingue les membres d'un groupe ou d'une catégorie de personnes par rapport à un autre (Bourdieu, 1980). Tousignant mentionne qu'en pratique, on peut dire que des groupes appartiennent à une même culture si les variations entre leurs comportements et leurs modes de pensées sont nettement moindre que les similarités (Tousignant, 1992).

Dans le cadre de la psychologie, la culture va même jusqu'à définir la normalité concernant le contenu et la forme des phénomènes psychologiques et balise l'interprétation du sens des désordres comportementaux (Massé, 1995).

Connaissant l'emprise de la culture sur la vision, la compréhension, l'interprétation et la réaction des individus, l'étude des RS dans différentes communautés permettra d'observer l'apport de la culture dans la problématique suicidaire.

## ***1.2. La culture dans le contexte de l'immigration***

Lorsqu'un individu immigré il tend à reproduire sa culture d'origine dans le nouvel environnement ce qui peut l'amener à vivre des malentendus culturels et des chocs culturels (Sterlin, 1988). Ces chocs culturels peuvent être résolus de différentes manières. La réalité de la vie dans un nouveau pays demande certains ajustements afin de s'adapter. Afin de mieux comprendre le processus d'adaptation à la nouvelle culture, le terme acculturation est abordé.



### ***1.3. Acculturation***

Dès 1880, l'acculturation est un terme utilisé par les anthropologues pour décrire le changement culturel qui se produit lorsque deux groupes culturels différents entrent en relation, (Barrette, Gaudet, & Lemay, 1996). Elle est donc inhérente à toute migration. Plus tard, les psychologues sociaux vont s'y consacrer afin de déterminer les stratégies d'adaptation en fonction des relations intergroupes, des changements culturels et des enjeux de pouvoir (Berry, 1980; Lambert, Mermigis, & Taylor, 1986).

#### ***1.3.1. Stratégies d'acculturation***

Au Québec, l'immigration est un phénomène courant. Depuis des siècles, les individus provenant de différents pays se sont joints dans leur recherche de bien-être au peuple Québécois. L'immigration comprend un processus d'adaptation à la fois du groupe migrant et de la communauté d'accueil (Bourhis, 1996). Ce processus dénommé acculturation se vit différemment selon les individus et les communautés.

Diverses études ont été réalisées sur le processus d'acculturation et des modèles ont été créés. Les trois modèles les plus répandus sont: le modèle d'assimilation linéaire d'Isentad (1985), le modèle bidimensionnel de Berry (1989) et le modèle orthogonale développé par Lasry et ses collaborateurs (1992).

Avant de déterminer le choix du modèle d'acculturation adopté pour l'étude, les différents modèles sont brièvement présentés ainsi que leurs limites.

##### ***1.3.1.1. Modèle linéaire***

Le premier modèle élaboré, soit le modèle linéaire, explique l'acculturation par un processus unidirectionnel. Sur un continuum on retrouve à l'une des extrémité

l'immigrant qui n'a de contact qu'avec la communauté d'accueil et à l'autre celui qui est totalement assimilé à la société d'accueil et n'a plus aucun contact avec sa culture d'origine. Plusieurs études réalisées à l'aide du modèle linéaire ont permis de voir ses limites. En effet, sa plus grande limite est que l'identification ethnique ne peut se faire qu'à une seule culture (Brami, 1996).

### *1.3.1.2. Modèle bidimensionnel*

Suite aux différentes critiques du modèle linéaire qui ne permet pas d'interpréter les résultats pour les participants se retrouvant au centre du continuum, un modèle bidimensionnel a été créé. Celui-ci permet d'évaluer l'identification à la culture d'accueil et à la culture d'origine à l'aide de deux dimensions. De plus, il évalue la relation avec la culture d'origine et celle avec la culture d'accueil de façon indépendante. Pour ce faire les deux questions suivantes sont utilisées : «Mon identité culturelle d'origine vaut-elle la peine d'être conservée?»; «Est-ce que les contacts positifs avec le groupe dominant sont importants pour moi?». À partir des réponses (oui ou non) à ces deux questions, quatre types d'acculturations sont déterminés, la séparation (OUI à la première question, NON à la seconde question) l'intégration (OUI,OUI) l'assimilation (NON, OUI) et la marginalisation (NON, NON) (Berry, 1980).

La séparation est le maintien de l'héritage culturel tout en limitant les relations avec la société d'accueil. Elle reflète le désir de maintenir dans sa totalité la culture d'origine.

L'intégration favorise le maintien de la culture d'origine tout en adoptant le mode de vie de la société d'accueil. Un individu intégré est celui qui s'adapte aux deux cultures.

L'assimilation c'est l'abandon total de la culture d'origine au profit des comportements de la culture d'accueil. Un individu assimilé est celui qui s'identifie qu'à la culture d'accueil.

La marginalisation est le rejet de la culture d'origine ainsi que toute relation avec le groupe d'accueil. L'individu ne s'identifie à aucune communauté et s'isole.

À partir du modèle bidimensionnel, l'acculturation est mesurée sur deux dimensions, d'un côté l'attitude envers la communauté d'origine et de l'autre le comportement envers la communauté d'accueil. Toutefois, la double identité n'est toujours pas évaluée, de plus les questions ne sont pas orthogonales puisqu'elles évaluent d'un côté l'attitude et de l'autre le comportement. Cet état de fait a amené la création du modèle orthogonale (Brami, 1996)

#### *1.3.1.3. Modèle orthogonale*

Zak a été le premier à évaluer l'identité ethnique à l'aide de deux dimensions attitudinales non corrélées (1973). À partir de cette échelle d'identité ethnique et de la typologie de Berry, Lasry et ses collaborateurs ont développé le modèle orthogonale (1992, 1996) Ce modèle comprend deux dimensions, la première dimension attitudinale est l'identification par rapport à la culture d'origine et la seconde par rapport à la culture d'accueil. De ces deux dimensions il est possible d'identifier quatre styles d'acculturation, soit l'ethnocentrisme, l'intégration, l'assimilation et la marginalisation (Brami, 1996; Sayegh, 1992)

L'ethnocentrisme est la forte identification à la culture d'origine et le rejet de la culture d'accueil. L'individu ethnocentrique surévalue tout ce qui a trait à sa culture d'origine tandis qu'il dénigre ou rejette l'héritage culturel de la société d'accueil.

L'intégration c'est l'identification forte à la culture d'origine aussi bien qu'à celle du pays d'accueil. Dans ce type d'acculturation l'individu adopte des nouvelles attitudes et comportements de la société d'accueil qui sont compatibles aux attitudes et valeurs de sa communauté d'origine.

L'assimilation c'est une faible identification à la culture d'origine et une forte identification à celle de la société d'accueil. Dans cette situation l'immigrant cherche à être accepté par la société d'accueil et rejette son héritage culturel. Ce mode d'acculturation favorise la fusion avec le groupe majoritaire (Valcin, 1996).

La marginalisation est lorsque l'individu s'identifie faiblement à sa culture d'origine et à la culture d'accueil. Il n'appartient pas vraiment à aucune des deux cultures. Ce mode d'identification rend l'individu à risque pour plusieurs maladies mentales, car il n'a pas d'appartenance culturelle pour le guider, il ne se rattache à aucun cadre de référence (Brami, 1996; Oetting & Beauvais, 1991).

Étant donné que le modèle orthogonal permet de répondre aux limites des modèles précédents, il est adopté pour déterminer les stratégies d'acculturation des adolescents de l'étude. Bien qu'aucune étude n'a été réalisée sur les stratégies d'acculturation et les RS, on peut avancer à partir des connaissances théoriques disponibles, que les stratégies d'acculturation privilégiées par les individus et les communautés sont susceptibles d'avoir une influence sur leurs RS. Alors, les stratégies une fois déterminées seront mises en lien avec les RS afin d'observer s'il y a des effets.

### *1.3.2. Acculturation et politique d'immigration de la société d'accueil*

Gariépy souligne que pour que l'immigrant puisse avoir l'opportunité d'adopter un des quatre styles d'acculturation il faut que la société d'accueil soit ouverte et prête à l'accepter en son sein (Gariépy, 1990). En effet, l'acculturation implique une relation entre les différents groupes ethnoculturels et la relation des individus à leur propre groupe, comme sous-groupe de la société d'accueil.

Au Canada, le pluralisme culturel est l'idéologie adoptée, c'est dans ce contexte que fut instaurée la politique du multiculturalisme. Ainsi, le maintien de l'ethnicité est accepté et

l'héritage culturel peut être conservé. Les individus et les communautés ont la possibilité de choisir leur type d'acculturation. Néanmoins, au Québec la politique d'immigration adoptée, en est une qui favorise plutôt l'intégration à la réalité Québécoise de souche francophone.

Selon Berry (1980, 1984) les individus et les communautés migrants dans une société pluriculturelle comme celle de Montréal doivent répondre à deux questions. La première est à savoir si leurs coutumes, leurs identités culturelles ont une valeur quelconque et si elles nécessitent d'être préservées. La seconde concerne la désirabilité des rapports avec la société d'accueil; à savoir l'importance d'entretenir des relations avec les membres de la société d'accueil. Les réponses à ces questions reflètent le niveau d'acculturation privilégié par les membres des diverses communautés. À partir des réponses données, les individus peuvent être catégorisés dans les quatre stratégies d'acculturation. Ainsi, pour certains immigrants on parlera d'intégration, pour d'autres d'assimilation ou de séparation et parfois de marginalisation (Berry, 1980).

## ***1.4. Ethnicité et identité***

Avant d'élaborer davantage, il est approprié de définir les termes ethnie, ethnicité, communauté culturelle et communauté ethnoculturelle, qui seront très utilisés par la suite. Évidemment, il existe une panoplie de définition pour chacun des termes, cependant, la définition considérée la plus pertinente pour l'étude est celle présentée.

### ***1.4.1. Ethnie :***

Une ethnie est un groupement organique d'individus ayant la même culture et les mêmes mœurs (Statistique Canada, 2000).

#### *1.4.2. Ethnicité :*

L'identité ethnique ou le sentiment d'appartenance qu'éprouve un individu envers un groupe, dont les membres se réclament d'une origine commune (réelle ou fictive) et partagent notamment une culture commune (Statistique Canada, 2000).

Le concept ethnicité a lentement remplacé celui de race en sciences sociales parce qu'il est plus neutre et moins englobant.

#### *1.4.3. Communauté culturelle :*

##### *La communauté culturelle*

La communauté culturelle s'entend au sens de la communauté à laquelle les parents et les grands-parents (ancêtres) de l'adolescent appartiennent (Statistique Canada, 2000)

##### *Communauté ethnoculturelle :*

Le concept communauté ethnoculturelle est créé à partir des concepts communauté culturelle et ethnique. Il permet de mieux rendre compte de la pluriethnicité de Montréal (Compère & Duval, 1992).

#### *1.4.4. Identité et identité ethnique*

Le concept d'identité sera ultérieurement vu de façon plus approfondie dans la section sur l'adolescence, cependant il est approprié à ce moment de souligner qu'au concept d'identité s'ajoute celui d'identité ethnique pour un individu immigrant ou d'origine

immigrante. D'après Smith, l'identité ethnique est importante car elle ancre l'individu dans ses relations avec les autres membres de la société (Smith, 1991). Selon Abou, cette identité fait référence à l'héritage culturel qui comprend les coutumes, la langue, la religion et l'origine ethnique. Ainsi, on ne devient conscient de cet aspect de l'identité que dans les situations où plusieurs systèmes culturels sont en présence (Abou, 1981). Au Québec, il existe une situation particulière. En effet, les Québécois de souche francophone sont minoritaires dans la société canadienne quant à la langue, à l'histoire aussi bien qu'à la culture.

À l'instar d'Abou, Van Schendel (1987) mentionne que l'identité ethnique est fortement reliée à l'acculturation puisqu'elle prend sa signification que lorsqu'elle est cernée par plusieurs autres cultures (Van Schendel, 1987).

Ainsi, en contexte de minorité, plusieurs chercheurs mentionnent que les adolescents sont en situation de tiraillement, en plus de définir leur identité ils doivent aussi construire leur identité ethnique, ce qui est parfois source d'anxiété.

La génération d'immigration est un facteur important à considérer dans l'étude de l'adaptation d'un individu. Les études montrent que les immigrés de la première génération sont beaucoup plus proche de leur culture d'origine que le sont ceux de la deuxième et de la troisième génération (Oetting & Beauvais, 1991). En effet, la première génération d'immigrant arrive dans la société d'accueil avec un sens d'appartenance forte à la culture d'origine, tandis que la deuxième génération est née et élevée dans la société d'accueil où elle fait partie d'un groupe minoritaire. Il est donc important de prendre en considération le moment d'immigration des premiers arrivés afin de déterminer la génération d'immigration.

## **Conclusion**

La présentation des différents concepts permet d'avoir tous les éléments d'analyse pertinents pour la compréhension des RS du phénomène suicidaire au sein des communautés ethnoculturelles. Ainsi, les études présentées dans ce chapitre montrent certaines variables à considérer lors de la recherche. Alors, la culture, la stratégie d'acculturation, l'identification ethnique seront investiguées.

Maintenant que les différents concepts pertinents reliés à la culture et l'immigration ont été abordés, pour faire suite, la problématique suicidaire et la période de développement «adolescence» sont présentées.



## CHAPITRE 2

### CONTEXTE THÉORIQUE DU SUICIDE DES ADOLESCENTS

#### *2.1. Suicide et adolescence*

Au cours de ce chapitre, on présentera premièrement les définitions des divers comportements suicidaires. Puis, les théories classiques du suicide et l'évolution des théories afin de situer l'apport possible des RS dans la compréhension du suicide. Ensuite, la période de l'adolescence est abordée afin d'explicitier les défis qui y sont rattachés et ce qu'ils peuvent impliquer quant au suicide. Finalement, la problématique suicidaire chez les adolescents et plus spécifiquement dans les communautés culturelles sont exposées.

##### *2.1.1. Suicide*

Avant de s'aventurer dans la problématique suicidaire il est approprié de définir les différentes manifestations du comportement suicidaire.

###### *2.1.1.1. Définition*

Plusieurs définitions existent du suicide, il en dépend de l'approche utilisée (de Wilde, 1993; Domino, 1990b; Stein, Witztum, Brom, DeNour, & Elizur, 1992; Tseng, 1981). Dans le cadre de cette étude, une définition englobante est favorisée. Ainsi, le suicide est la mort intentionnelle causé par soi-même (Mishara et Tousignant, 2004) .

### *2.1.1.2 Autres manifestations des conduites suicidaires*

En plus du suicide complété, il existe d'autres manifestations de conduites suicidaires, il s'agit de l'idéation suicidaire, de l'intention suicidaire et de la tentative suicidaire.

#### A) Idéation suicidaire

L'idéation suicidaire fait référence au désir de se tuer, qui se présente sous forme d'idée. Plusieurs auteurs mentionnent que ce désir est présent au moins une fois, chez tant d'adolescents, qu'on peut avancer sans trop de risque que l'idéation suicidaire fait partie de la crise d'adolescence.

#### B) Intention suicidaire

L'intention suicidaire est le désir de se donner la mort qui inclut le projet et les modalités de cet acte. En général, l'intention suicidaire précède le suicide.

#### C) Tentative de suicide

La tentative suicidaire est l'acte de porter atteinte à sa vie qui ne conduit pas au décès. Une tentative suicidaire est un acte d'autodestruction qui peut être sciemment calculé afin de ne pas entraîner la mort mais plutôt d'attirer l'attention sur la souffrance et le besoin d'aide comme il peut être fait avec la ferme intention de mourir. Dans l'étude, les deux cas, avec l'intention de mourir ou non, bien que distincts sont considérés identiques.

Les tentatives sont généralement précédées d'idéations suicidaires, mais la majorité des adolescents ayant des idées suicidaires ne passent pas à l'acte.

### ***2.1.2. Théories sur le suicide***

Il existe une panoplie de théories pour chercher à comprendre et expliquer les comportements suicidaires. En sciences humaines, la plupart de ces théories se basent soit sur une approche sociale ou sur une approche individuelle du suicide. Dans la section qui suit, tout d'abord, quelques théories classiques se basant sur les principales approches sociologiques et psychologiques sont évoquées. Puis, deux approches plus contemporaines seront brièvement examinées.

#### ***2.1.2.1. Théories sociologiques***

Les théories sociologiques sont les théories qui imputent une cause sociale au suicide, elles sont pour la plupart basées sur l'étude du suicide de Durkheim. Ainsi, il est opportun de présenter cette étude.

#### **Théorie du suicide de Durkheim**

De part, sa recherche Durkheim a démontré l'importance de l'influence sociale sur le suicide (1967). Pour cet auteur, ce ne sont pas les motivations personnelles du suicidaire qui comptent dans l'acte suicidaire, mais plutôt l'intégration sociale et la régulation sociale. Ces deux processus sociaux qui dépassent l'expérience individuelle déterminent le nombre de suicide dans une communauté (Durkheim, 1967).

Ainsi, à partir de différentes populations et communautés d'une même population, Durkheim a développé une théorie du suicide basée sur les causes sociales. Deux concepts sont à la base de cette théorie. Il s'agit d'une part de la régulation sociale, qui est le degré de contrôle direct ou indirect qu'une société exerce sur ses membres, et

d'autre part, de l'intégration de l'individu, qui est le degré de stabilité et de durabilité des relations sociales dans un groupe. À partir de ces concepts, il a élaboré une typologie du suicide. Sur le premier axe, on retrouve le suicide anémique et fataliste et sur le second le suicide altruiste et égoïste.

Les deux premiers types de suicide sont en lien à la fonction de régulation de la société. Le suicide anémique a lieu lorsque la relation entre l'individu et la société est brisée suite à une crise (économique, maritale etc.). Tandis qu'un excès de régulation sociale mène au suicide fataliste. On parle d'un suicide altruiste lorsque l'individu est tellement intégré socialement qu'il priorise les intérêts de la communauté plutôt que les siens. Ainsi, il se suicide si les circonstances font en sorte qu'il est plus bénéfique pour la communauté qu'il meurt. Finalement, il s'agit d'un suicide égoïste, quand l'individu est peu intégré à la société, et que l'individualisme prime (Durkheim, 1967).

Selon la théorie de Durkheim, un individu est plus à risque suicidaire quand la relation habituelle entre l'individu et sa société est brisée, comme c'est le cas lors de la migration dans un nouveau pays (Hovey & King, 1996).

Les théories sociologiques mettent principalement l'emphasis sur les déterminismes socioculturels de la conduite suicidaire.

#### *2.1.2.2. Théories psychologiques*

Les théories psychologiques sont celles qui mettent l'emphasis sur les facteurs individuels. Pour la plupart, elles ont été influencées par les concepts psychanalytiques développés par Freud, qui fut l'un des premiers psychologues à traiter du suicide. Ainsi, il importe de présenter les concepts fondateurs de cette étude (Freud, 1932).

## **Théorie du suicide de Freud**

Selon Freud, il existe une pulsion de mort « thanatos » qui est contrebalancée par une pulsion de vie « éros ». L'instinct de vie équivaut aux énergies associées à la vie qui incluent la faim, la soif et la sexualité. L'instinct de vie est associé à la préservation de la vie. L'instinct de mort ou désir de mort est ce qui stimule l'individu à retourner à l'état inorganique qui précède la vie. La mort étant l'état d'équilibre ultime, puisqu'il n'est plus nécessaire de lutter pour satisfaire les besoins biologiques. Le suicide représente une dérivation de l'instinct de mort; le désir de s'autodétruire (Hergenhahn, 1990).

L'approche psychanalytique mentionne que les tendances suicidaires sont les produits d'un désir inconscient de mourir, qui provient d'une colère retournée contre soi-même (Hergenhahn, 1990).

Les théories psychologiques mettent l'emphasis sur les considérations individuelles, sans nécessairement prendre en compte les aspects socioculturels qui peuvent avoir une influence sur le comportement de l'individu.

### *2.1.2.3. Évolution des théories*

Les différentes théories permettent de lever un peu le voile sur la problématique du suicide sans pour autant apporter tous les éléments qui permettent d'avoir une vision globale de ce phénomène complexe.

Une étude du Ministère de la Santé et des Services Sociaux sur les différentes théories cherchant à comprendre et expliquer le suicide, a conclu que jusqu'à présent, aucune théorie du suicide n'a réussi à s'imposer dans le milieu scientifique, mais qu'il est de plus en plus clair que la complexité du phénomène suicidaire privilégie les théories

pluridisciplinaires. De plus, il y a un consensus sur le fait qu'il faut chercher à comprendre le suicide non pas à partir d'un ou deux facteurs, mais à partir d'un nombre élevé de facteurs qui couvrent plusieurs disciplines (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998). Les théories contemporaines telle que l'approche écologique développent de plus en plus cette vision englobante de la réalité suicidaire.

### ***2.1.3. Approche écologique***

L'approche écologique développée par Bronfenbrenner (1979) est un modèle qui permet de prendre en compte les différents niveaux qui influencent une personne (individuel, familial, pairs, communauté, culture, société...) (Bronfenbrenner, 1979). En considérant ces différents systèmes pouvant être en cause, on a l'image globale de la problématique.

L'approche écologique est prometteuse et de plus en plus de recherches y ont recours pour comprendre la problématique suicidaire (Henry, Stephenson, Fryer Hanson, & Hargett, 1993; White & Jodoin, 1998). Cette approche permet de voir le suicide à partir des différents facteurs aux divers niveaux qui vont influencer directement ou indirectement l'adoption du comportement suicidaire.

Ainsi, à chaque niveau du système il est possible de déterminer les facteurs de risque qui y sont reliés. Par exemple, au niveau de l'organisme, on considère les caractéristiques démographiques et psychologiques qui font augmenter le risque suicidaire. Au niveau du microsystème, les principaux facteurs de risque chez les adolescents sont majoritairement en lien avec la famille. Au niveau de l'exosystème, on peut entre autre mentionner le rôle des médias et au niveau du macrosystème, des conditions sociales ou géographiques peuvent être des facteurs de prédiction (Tousignant, Mishara, St-Laurent, Trépanier, & Fortin, 2001). Cette approche prend en considération le rôle important des systèmes éloignés dans l'étiologie des problèmes, les interrelations complexes entre l'individu et son environnement, et recherche une synergie d'une configuration de facteur de risque, ce qui lui donne une visée interventionniste qui la rend fort intéressante.

### ***2.1.4. Approche des Représentations sociales***

Issue de la psychologie sociale l'approche des représentations sociales a jusqu'à présent été peu utilisée pour comprendre le phénomène suicidaire. Cependant, elle pourrait contribuer à lever une partie du voile sur la problématique suicidaire.

Le principal avantage de l'approche des représentations sociales est qu'elle n'est pas confinée à une approche purement psychologique ou sociologique, elle considère les cognitions de l'individu aussi bien que les interactions sociales. Puisqu'elle est développée dans plusieurs disciplines, c'est une approche pluridisciplinaire qui permet d'avoir accès aux différentes sphères (personnelle, familiale, communautaire, sociale) en interaction avec l'individu. Contrairement, à l'approche écologique l'objectif n'est pas de déterminer les facteurs de risque se situant aux différents niveaux, mais d'analyser les attitudes et les interactions entre l'individu et son environnement afin de comprendre le processus pouvant influencer le comportement suicidaire. Ainsi, elle prend en considération les influences psychologiques aussi bien que socioculturelles liées au comportement suicidaire. Cette approche est présentée plus spécifiquement au chapitre 4.

## ***2.2. Adolescence***

Les facteurs de risque individuel sont-ils les mêmes chez les adolescents et les adultes? Ces facteurs peuvent-ils influencer les RS du suicide? La section suivante tout en présentant les défis liés à l'adolescence fait ressortir certaines variables cruciales pouvant affecter les RS telles que l'âge, l'identification ethnique et la stratégie d'acculturation.

Du mot latin « adolescere » qui signifie grandir, l'adolescence est la période du développement humain caractérisée par des changements importants sur le plan physique, psychologique, et social (Erikson, 1968).

Au plan physique, l'adolescent doit faire face à la transformation de son corps sous l'influence des hormones. De plus, il doit redécouvrir son propre corps devenu sexué, ce qui amène une plus grande préoccupation de son image corporelle et une source supplémentaire de stress (Van Meerbeck, 1998).

Sur le plan psychologique et social, à l'adolescence on retrouve entre autres : l'augmentation de l'autonomie, le raisonnement social et moral et la réalisation de l'identité (Maslow, 1962). Piaget mentionne que l'adolescence est la période où des systèmes et des théories se mettent en place; il peut raisonner par hypothèses et faire la distinction entre la pensée et le réel. L'adolescent a une nouvelle façon de penser qui dépasse le moment présent, il peut dorénavant se projeter dans l'avenir; c'est le stade des opérations formelles (Piaget, 1955).

Certes, vers 9-10 ans la notion de l'universalité de la mort est plus ou moins acquise, mais ce n'est qu'à l'adolescence que l'irréversibilité de celle-ci se manifeste (Brent, Speece, Lin, Dong, & Yang, 1996; Mishara, 1999). Il prend conscience qu'un jour sa vie prendra fin et que c'est une situation permanente (Brent et al., 1996).

D'après Erikson (1978), l'une des principales tâches de l'adolescence est le développement de l'identité. Le processus de construction de l'identité peut se résumer à la quête de résolution de ses trois questions existentielles. Tout d'abord, l'adolescent doit répondre à la question : Qui suis-je? Elle ramène à la définition de son identité, puis aux questions : d'où viens-je? Et, où vais-je? Ces questions ont rapport à l'origine et la finalité de la vie et permettent d'acquérir un sentiment de continuité. Finalement, l'adolescent doit répondre à la question : Quel est le sens de ma vie? En cherchant à répondre à ces questions l'adolescent se définit et prend conscience de ses limites et de sa finitude (Erikson, 1968).



### ***2.2.1. Processus de socialisation et développement identitaire à l'adolescence***

Selon Claes (1983) le transfert progressif de la socialisation de la famille vers les pairs est l'une des tâches développementales majeures de l'adolescence. En effet, l'individu s'engage dans une démarche de structuration de son identité. Ainsi, au cours de cette période l'adolescent s'émancipe des liens de dépendance envers ses parents pour s'engager dans de nouvelles relations avec ses pairs, et se situer quant à diverses réalités sociales, afin de bien fonctionner dans la société des adultes. L'adaptation sociale et l'affirmation de l'identité de l'individu dépendent de la réussite de cette tâche (Claes, 1991; Valcin, 1996).

De même Ouellet et Pagé (1991) soulignent que la socialisation évoque une certaine critique et une distanciation quant aux normes et aux valeurs apprises au cours de l'enfance. En effet, lors de cette période l'adolescent est porté à reconsidérer ses valeurs et à adopter celles qui lui paraissent plus favorables à son adaptation au réseau social élargi. Il est ainsi confronté à faire des choix parfois difficiles (Ouellet & Pagé, 1991).

Pour le jeune immigrant le choix peut s'avérer encore plus difficile, car il doit affronter des grandes différences entre les normes et les valeurs de la société d'accueil et celles du réseau familial. Malewska-Peyre va jusqu'à dire que les jeunes de la deuxième génération sont pris en sandwich entre la culture d'origine et la culture d'accueil (Malewska-Peyre, 1990).

Cloutier mentionne que si malgré les difficultés que rencontre l'adolescent faisant partie d'une minorité, dans son développement identitaire, il arrive à trouver l'équilibre entre les différentes cultures et se construire une image positive de lui-même, il peut en retirer une richesse personnelle incontestable (Cloutier, 1996). Toutefois, Claes (1991) souligne que les adolescents immigrants qui n'ont pas intériorisé les normes et valeurs de leur culture d'origine et qui se retrouvent contraints de se situer face aux normes et aux valeurs de la culture d'accueil peuvent avoir des conflits d'allégeance, des problèmes d'identité ou de rejet d'une ou l'autre de ces cultures (Claes, 1991).

Ainsi, lors du processus de socialisation, pour l'adolescent immigrant c'est le moment de se confronter aux normes et valeurs de la culture dominante de la société d'accueil.

Pour les spécialistes du développement, l'adolescence est une période marquée par le changement à tous les niveaux et la différenciation d'avec les parents. Il s'agit d'une période de déséquilibre, de remise en question et d'ajustement. Alors, peut-on référer à la période d'adolescence comme une période particulière ayant sa sous-culture? Si cette période représente une sous-culture, les RS des adultes seront-elles partagées par les adolescents? Cette question mérite d'être abordée.

### *2.2.2. Suicide et adolescence*

Le suicide constitue actuellement une préoccupation primordiale dans le domaine de la santé des adolescents. En effet, au Québec c'est la première cause de décès chez les 15-19 ans. Il est important de noter qu'au Québec, comme dans la majorité des pays industrialisés les suicides sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes et ce, peu importe l'âge. De plus, parmi les adolescents le nombre de tentatives est de loin supérieur au nombre de décès, et ce sont les filles qui font la plupart des tentatives (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998).

Maintes études ont porté sur le suicide chez les adolescents (D'Amours, 1995; de Wilde, 1993; Gratton, 1996; Ladame, Ottino, & Pawlak, 1995; Lester, 1998; Orbach & Bar-Joseph, 1993; Shaffer & Craft, 1999). Ces études mentionnent que la problématique est particulière chez les adolescents. La période de transition, de remise en question et de déséquilibre dans divers domaines, que constitue l'adolescence joue un rôle central dans le déclenchement et le processus d'une crise suicidaire (Pommereau, 1996).

Les particularités de la période d'adolescence et la primauté du suicide comme moyen de décès, de même que les différences qu'on retrouve entre les genres auront-ils un impact sur les RS?

### *2.2.2.1. Suicide chez les adolescents des communautés culturelles*

Les données sur le suicide chez les adolescents provenant des communautés culturelles sont relativement récentes. En effet, une des premières études qui informe sur le phénomène suicidaire chez les adolescents provenant des communautés culturelles a été réalisée par une équipe de recherche du département de santé communautaire et de médecine de l'adolescence de l'hôpital Sainte-Justine (Frappier, 1991). L'étude avait entre autre pour objectif d'évaluer au sein de la population adolescente (908 écoliers de secondaire 4 et 5 de la région de Montréal) de différentes communautés culturelles, la prévalence de certains comportements à risque, dont le suicide. Les résultats montrent que les tendances suicidaires et les tentatives de suicide (13%) sont semblables d'une communauté culturelle à l'autre. Ces données ne sont que partielles puisqu'elles ne couvrent qu'une partie de la population montréalaise.

Une autre recherche menée par Tousignant et ses collaborateurs (1991) auprès de 2300 adolescents fréquentant six écoles secondaires de Montréal permet de révéler dans un premier temps que la problématique suicidaire quoique moindre dans les communautés culturelles est tout de même présente. En effet, il semble y avoir un rapport de proportion qui va de 1 à 3 (6% vs 16.9%). Une des explications fournies par les auteurs est que les groupes culturels qui immigreront ont en général des valeurs familiales, sociales et religieuses plus traditionnelles qui pourraient avoir un effet protecteur quant au suicide. Dans un deuxième temps, une étude qualitative réalisée auprès de 7 adolescents provenant des communautés culturelles a permis d'établir que la problématique suicidaire des adolescents immigrants ou d'origine immigrante se démarque de celle des Québécois de souche francophone, du fait que les facteurs de risque reliés à la situation familiale sont différents (Tousignant, 1991).

## Conclusion

Récemment, le modèle écologique qui est assez global a permis d'étudier le phénomène du suicide en prenant compte des différents niveaux dans lesquels évoluent l'individu. Toutefois, il demeure un modèle descriptif prenant compte des facteurs de risque, plutôt qu'un modèle qui permet de comprendre la genèse et les facteurs influençant la vision du suicide.

Sur la base des résultats des études réalisées auprès des adolescents provenant des communautés culturelles, on constate d'une part, que ces adolescents doivent faire face à des défis supplémentaires quant au développement identitaire, car en plus de découvrir leur identité, ils doivent aussi s'approprier leur identité ethnique. D'autre part, leurs lieux de socialisation (famille, école, institutions ...) ne véhiculent pas nécessairement les mêmes valeurs, ce qui rend le processus de socialisation ainsi que leur adaptation à la société encore plus complexe.

Les résultats de ces études laissent entrevoir que la problématique suicidaire quoique moindre, existe au sein des communautés culturelles. Donc, il s'avère pertinent d'étudier les RS de ces communautés culturelles, qui permettent de mieux comprendre leur position et de prendre compte des défis supplémentaires rencontrés par ces adolescents.

## **CHAPITRE 3**

### **DES ATTITUDES AUX REPRÉSENTATIONS SOCIALES**

Dans une étude sur les RS, il est approprié de présenter les attitudes car elles constituent une grande partie des RS. Alors, le concept d'attitude est brièvement introduit, puis, les différents thèmes utilisés dans l'étude quant au suicide sont présentés, et finalement le lien entre les attitudes et les RS est expliqué. Ainsi, ce chapitre a pour objectif de faire le pont entre les attitudes et les représentations sociales.

#### ***3.1. Attitudes***

L'attitude est un concept grandement répandu en psychologie. Depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle les chercheurs se sont intéressés à ce concept (Ajzen & Fishbein, 1980; Thomas & Znaniecki, 1918). Toutefois, il n'y a pas d'accord pour sa définition. La définition utilisée est que l'attitude est une disposition évaluative à l'égard du suicide, comprenant une direction (positive ou négative) et une intensité. Il existe toute une littérature théorique et empirique qui porte sur les attitudes. Toutefois, pour les besoins de l'étude seule les composantes du concept sont présentées. En effet, plusieurs auteurs mentionnent que les attitudes comprennent trois composantes; soit les composantes cognitives, affectives et comportementales (Zimbardo & Leippe, 1991). Afin de présenter ces composantes, des exemples seront tirés du questionnaire sur les attitudes, utilisé dans le cadre de l'étude, soit le « Suicide Opinion Questionnaire » (SOQ) de Domino (1982).

##### ***3.1.1. Composantes des attitudes***

Les composantes cognitives sont les cognitions et les idées qu'on se fait de l'objet d'attitude. Les composantes affectives sont les émotions et les sentiments que l'on ressent envers l'objet d'attitude, alors que les composantes comportementales sont les actions ou les dispositions à agir d'une certaine manière face à l'objet de l'attitude (Schuman & Johnson, 1976).

### *3.1.1.1. Composantes affectives et comportementales*

On retrouve dans le SOQ des questions portant sur la composante affective des attitudes. Ainsi, quelques questions révèlent plus de l'émotions que des idées. Par exemple, la question: « je ressens de la pitié pour les personnes qui s'enlèvent la vie »(question #23) réfère au sentiment ressenti envers la personne suicidaire. De même, les items portant sur l'intention du suicidaire ont pour la plupart une composante affective « Les personnes qui font des tentatives de suicide essaient souvent d'attirer la sympathie des membres de l'entourage » question #43).

Aussi, on retrouve quelques questions portant sur les composantes comportementales : « On devrait empêcher les personnes de se suicider puisque lors d'une crise suicidaire, la plupart ne sont plus rationnelles. » question # 25).

### *3.1.1.2. Composantes cognitives*

Les questions utilisées dans le cadre de l'étude portent finalement sur la composante cognitive des attitudes. À l'intérieur de la composante cognitive on retrouve les principaux thèmes retenus du SOQ soit :

- La maladie mentale
- La recherche d'attention
- Le droit au suicide
- La normalité
- L'immoralité
- La religion

### 3.1.1.2.1. Maladie mentale

Les énoncés composant ce thème présentent le suicide comme étant en lien à une maladie mentale. Différentes études qui ont fait usage du SOQ mentionnent que la notion de maladie mentale lorsque rattachée à l'acte suicidaire réfère à celui-ci comme un acte pathologique (Domino, 1980, 1996; Domino & Leenaars, 1989). Toutefois, dans plusieurs études les sujets font une différence entre la dépression et la maladie mentale. Ainsi, ils acceptent l'idée qu'il existe un lien entre le suicide et la dépression, mais rejettent pour la plupart qu'il y a un lien entre la maladie mentale et le suicide (Domino, 1980; Domino & Leenaars, 1995; Leenaars & Domino, 1993).

Néanmoins, l'étude de Veilleux et ses collaborateurs auprès des parents québécois révèle que dans la plupart des cas, qu'ils ne croient pas que le suicide est nécessairement en lien à la maladie mentale (Veilleux, St-Cyr-Tribble, & Paul, 1993).

De même, Domino et ses collaborateurs dans ses études réalisées auprès des jeunes ont remarqué qu'ils croient moins que le suicide est relié à la maladie mentale, mais accepte l'idée d'un lien avec la dépression et la solitude (Domino, 1988; Domino, Domino, & Berry, 1986-87; Domino & Leenaars, 1989).

Par ailleurs, dans les études basées sur le SOQ on observe chez la plupart des participants provenant des communautés culturelles une assez forte adhésion au fait que le suicide est en lien à la maladie mentale (Domino & Perrone, 1993), et cela, encore plus fortement au sein des sociétés non occidentales (G. Domino, J. Lin, & O. Chang, 1995b).

### 3.1.1.2.2. Recherche d'attention

Les énoncés regroupés sous le thème de recherche d'attention mentionnent que le geste suicidaire a pour objectif principal non pas de mourir, mais d'attirer l'attention, de manipuler ou de demander de l'aide.

Les résultats des études à partir du SOQ dans les pays occidentaux ont pour la plupart démontré que les participants croient fortement que la tentative de suicide est un appel à l'aide (Domino & Groth, 1997; Domino & Leenaars, 1989; Domino & Perrone, 1993; Veilleux et al., 1993).

Plusieurs enquêtes réalisées auprès des jeunes aux États-Unis et au Canada révèlent qu'ils considèrent dans une très forte proportion que le suicidaire ne désire pas vraiment mourir, car ses principales intentions sont d'attirer l'attention sur son mal-être afin de recevoir de l'aide. Ainsi, pour eux la tentative suicidaire est un geste qui doit être pris au sérieux puisque l'objectif est de sensibiliser l'entourage à la souffrance vécue, au mal-être et au besoin d'être soutenu et de recevoir de l'aide (Domino, 1980, 1990a; Domino & Leenars, 1989; Veilleux et al., 1993). De même, Berman (1997) dans son étude sur le suicide chez les adolescents, mentionne que les tentatives de suicide sont avant tout une recherche de changement au niveau des relations (Berman, 1997).

Dans les pays non occidentaux les participants ont un haut pourcentage d'indécision par rapport à la recherche d'attention, car cette notion est beaucoup moins connue et médiatisée (Domino et al., 1995b).



### 3.1.1.2.3. Droit au suicide

Les énoncés regroupés sous ce thème présentent le suicide comme un droit individuel (au sens d'acceptation ou de refus de sa légitimité; un choix) qui devrait être accessible à tous. À partir de différentes études réalisées à l'aide du SOQ, on observe que la notion de droit au suicide est un élément capital dans le domaine des attitudes quant au suicide.

Les résultats de plusieurs études font ressortir deux éléments. Premièrement, on observe que les participants approuvent dans une proportion considérable le droit au suicide dans des situations particulières telles que les maladies incurables (Domino, Gibson, Poling, & Westlake, 1980). Deuxièmement, ce même droit est refusé par une forte proportion dans des situations générales et ce particulièrement chez les non Américains (G. Domino, J. Lin, & O. Chang, 1995a; Domino & Perrone, 1993).

Les résultats de la recherche de Domino et Leenars (Domino & Leenaars, 1989) auprès des Canadiens démontrent une répartition tripartite des réponses aux deux éléments. Ainsi, un tiers des répondants sont en accord, un tiers sont indécis et un autre tiers ne sont pas d'accord. Cela montre que les Canadiens ont un avis très partagé par rapport au droit de se suicider.

Par contre, chez les jeunes, les pourcentages d'adhésion au droit au suicide sont légèrement supérieurs au refus du droit au suicide; cela démontre une certaine acceptabilité du comportement suicidaire (Domino, 1988; Domino et al., 1986-87; Domino et al., 1980).

Bagley et Ramsay mentionnent qu'en général, ceux qui condamnent le suicide le font sur la base d'arguments moraux ou religieux (Bagley & Ramsay, 1989).

#### 3.1.1.2.4. Normalité

Les énoncés portant sur ce thème réfèrent au suicide comme un comportement normal, voire acceptable dans plusieurs circonstances et qu'on ne devrait pas y apporter un jugement. De plus, on y retrouve l'idée que toute personne est potentiellement suicidaire.

Dans les études abordant les attitudes, on constate que la notion de normalité/acceptabilité du suicide occupe une place importante. En effet, la notion de normalité du suicide en plus d'être complexe, peut avoir une influence sur la réaction des gens face au suicide, au suicidaire et aux proches du suicidaire (Domino, Shen, & Su, 1998-1999).

Plusieurs études réalisées auprès d'adultes de différentes communautés ethniques montrent divers niveaux d'approbation de la normalité du geste suicidaire; certains sont plus en accord et d'autres un peu moins (Domino & Groth, 1997; Domino & Perrone, 1993; Domino et al., 1998-1999).

Chez les jeunes, le suicide n'est pas considéré comme normal, néanmoins, ils reconnaissent dans une forte proportion que le potentiel est présent chez chaque individu (Domino, 1988; Domino et al., 1986-87; Domino & Leenaars, 1989).

#### 3.1.1.2.5. Moralité

Les énoncés regroupés sous ce thème évaluent l'acte suicidaire, comme étant une mauvaise action, un geste à l'encontre de la morale.

Pendant longtemps le suicide a été considéré comme un acte immoral et même illégal dans les sociétés occidentales. De nos jours, il n'en n'est plus ainsi; cependant, plusieurs études indiquent que les répondants occidentaux adhèrent dans une forte proportion à

l'immoralité de l'acte suicidaire (Domino, 1988; Domino et al., 1986-87; Domino & Leenaars, 1989).

Parmi les jeunes on trouve en général que le suicide est avant tout un acte de désespoir et non malsain, ils ont tendance à ne pas utiliser de jugement moral (Domino, 1988).

#### 3.1.1.2.6. Religion

Les énoncés qui se rapportent à ce thème font référence au rôle protecteur de la religion dans la problématique suicidaire. On y retrouve l'idée que les croyances et la pratique religieuse feraient en sorte que l'individu n'adopterait pas de comportement suicidaire.

Plusieurs recherches réalisées par Domino et ses collaborateurs montrent que dans les sociétés judéo-chrétiennes, la croyance générale est qu'il y a un lien entre la religion et le suicide. Dans les différentes études réalisées dans ces sociétés, on retrouve chez les participants l'idée que la personne suicidaire est nécessairement moins religieuse, ce qui n'est pas toujours le cas dans les autres sociétés (Domino, 1985; Domino et al., 1995b; Domino & Perrone, 1993). Néanmoins, certaines études mentionnent qu'en Amérique du Nord la religion a maintenant une faible influence sur les croyances quant à la valeur de la vie, ou que son influence est très variable (Bagley & Ramsay, 1989; Ramsay, Tanney, Tierney, & Lang, 1984).

Par ailleurs, chez les jeunes canadiens on remarque qu'ils n'adhèrent pas à l'idée que le désintérêt religieux soit en lien avec la hausse des comportements suicidaires (Bagley & Ramsay, 1989; Ramsay et al., 1984).

Toutefois, dans les communautés culturelles ou dans d'autres pays judéo-chrétiens tel que le Mexique et l'Italie, la religion a encore une influence remarquable quant au suicide; elle le condamne, le rend injustifiable et favorise une attitude négative (Domino, Cohen, & Gonzales, 1981; Domino & Perrone, 1993; Stein et al., 1992). D'ailleurs, Bagley et

Ramsay (1989) soulignent que les fortes croyances religieuses jouent un rôle important dans l'inacceptation du suicide (Bagley & Ramsay, 1989).

Dans l'étude de Tremblay (1996) l'affiliation et la pratique religieuse sont les meilleures prédicteurs de l'acceptation ou le rejet des comportements suicidaires. En effet, l'identification à la religion et la participation régulière à des rencontres (ferveur religieuse) sont des variables qui rendent l'individu moins favorable aux comportements suicidaires (Tremblay, 1996).

### ***3.2. Relation entre les attitudes et les représentations sociales***

Étant donné, la difficulté de mesurer les représentations sociales, beaucoup de chercheurs ont opté de préférence pour la mesure des attitudes. Cela leur permettait de mesurer l'opinion, les connaissances et les attitudes rattachées au concept étudié (Cotton & Range, 1996; Debaty, 1967; Domino et al., 1998-1999). Une panoplie d'instruments permet de mesurer les attitudes. Elles peuvent être mesurées de façon directe par l'entremise d'une entrevue ou d'un questionnaire et de façon indirecte par de l'observation ou l'analyse de contenu du discours. Cependant, elles se mesurent plus souvent qu'autrement à l'aide de questionnaire. D'ailleurs, certains chercheurs tels que Likert, Guttman et Thurstone se sont consacrés à développer des outils de mesure d'attitudes. Parmi, les questionnaires d'attitudes sur le suicide on retrouve entre autres, le Suicide Attitudes Questionnaire (SUIATT) de Diekstra (1989) et le Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) de Domino (1978) (Diekstra, 1989; Domino, 1996, 1982). Un des aspects de la recherche sur les attitudes était de voir leurs liens aux comportements. Ainsi, plusieurs chercheurs montrent un lien entre les attitudes et le comportement (Ajzen & Fishbein, 1980; Bagley & Ramsay, 1989; Channouf, Py, & Somat, 1996).

La comparaison entre les attitudes et les RS n'est pas un exercice nouveau, dans le monde des RS plusieurs auteurs s'y ont attardés et ont fait connaître leurs réflexions. À première vue, les concepts attitudes et RS semblent divergents. L'un met l'emphasis sur les cognitions (attitude) tandis que l'autre s'intéresse à la construction sociale de la connaissance et du processus de communication. Néanmoins, il y a plusieurs points communs aux deux concepts. Tout d'abord, l'attitude aussi bien que la RS font appel à la cognition (élaboration mentale) et ont une composante évaluative (jugement) (Deaux, 2002; Fishbein & Ajzen, 1975). De plus, il y a un consensus sur le fait que les deux concepts peuvent avoir une influence sur le comportement (Abric, 1997; De Rosa, 1993; Jodelet, 1989). En effet, Abrie avance que « la relation au monde extérieur et psychologique est médiatisée par les RS, qui traitent et filtrent les informations qui nous parviennent et nous fournissent des points de repère plus ou moins valides pour agir et/ou justifier son comportement » Abrie 1994 : p148).

Dans l'étude de Moscovici sur la psychanalyse, l'attitude est présentée comme étant une composante de la RS, c'est la structure de jugement évaluative des normes d'un groupe particulier. Alors, en étudiant la dimension sociale des attitudes, le processus relationnel entre l'individu et l'environnement social (influence du groupe et les cognitions sociales entre autres), cela revient presque à étudier les RS.

Plusieurs autres chercheurs s'entendent pour dire que l'attitude est une sous-dimension de la RS (Doise, 1989; Moscovici, 1989). De plus, Doise mentionne que l'étude exhaustive des attitudes aboutit à l'étude de leurs processus d'ancrage, ce qui met à jour des dynamiques de représentations sociales (Doise, 1989).

Doise dans un chapitre portant sur les attitudes et les représentations sociales permet de bien faire la distinction et le lien entre les attitudes et les représentations sociales (Doise, 1989). Tout d'abord, il présente les trois grandes périodes dans l'histoire des recherches sur les attitudes décrites par McGuire (1985). Lors de la première période (1920-1930) l'emphasis était mise sur les moyens de mesurer les attitudes. Pendant la deuxième période (1950-1960), l'important était de découvrir les processus pouvant amener à

changer les attitudes. Et depuis les années 80, la recherche est centrée sur une approche plus structurale et systémique des attitudes. Cette étape comprend aussi l'étude de l'imbrication des systèmes individuels aux niveaux des systèmes relationnels et sociétaux. Cependant, peu de chercheurs étudient cet aspect.

Au cours de l'histoire des recherches sur les attitudes il y a eu aussi deux intermèdes, l'un entre la première et la seconde période, où les chercheurs ont investigués la dynamique de groupes quant aux attitudes, et l'autre entre la seconde et la troisième période, où ils ont investigué l'apport de la cognition sociale aux attitudes.

Ainsi, on peut voir dans l'historique des attitudes, qu'il y a eu un intérêt grandissant pour l'aspect relationnel et social lié aux attitudes. Toutefois, cet intérêt a rarement abouti à des recherches concrètes. Certaines recherches re-situent les attitudes dans un contexte de rapport intergroupe. Toutefois, l'attitude demeure avant tout la position spécifique que l'individu occupe pour l'évaluation d'une entité sociale; donc l'étude du système d'organisation psychologique individuel. Cependant, Doise mentionne qu'en y insérant les rapports entre les groupes et les liens entre les membres d'un même groupe, elles préfigurent les recherches sur les RS, puisque ceux-ci mettent en rapport les systèmes individuels avec les systèmes sociaux et de communication (Doise, 1989).

On ne peut considérer les RS seulement comme un ensemble organisé d'attitudes largement diffusées; ce n'est qu'une partie de la RS. Pour qu'elle soit complète il faut aussi considérer les principes organisateurs, qui rendent compte des variations individuelles. Ainsi, les RS doivent être vues comme des systèmes d'organisations cognitives individuelles modulées par les dynamiques d'un méta-système de régulations sociales (Doise, Clémence, & Lorenzy-Cioldi, 1994).

Par ailleurs, tandis que les attitudes relèvent de l'assimilation à un système complexe et varié, qui représente un seul niveau d'analyse, les représentations sociales sont des prises de positions symboliques organisées selon leur imbrication dans les rapports sociaux, qui s'effectuent à deux niveaux d'analyse (Doise, 1988, 1989).

Jusqu'à présent, certains chercheurs avancent qu'étudier les attitudes en prenant en considération l'apport de l'environnement social revient à étudier les RS (Farr & Moscovici, 1984). Par contre, même si les chercheurs reconnaissent en partie la véracité de cet énoncé, la majorité d'entre eux n'adhèrent pas à cette position, en soutenant que les attitudes ne sont qu'une partie de l'étude des RS (Abric, 1994; De Rosa, 1993; Doise, 1989; Palmonari & Doise, 1986). Par ailleurs, Doise reconnaît l'utilité que peut avoir l'utilisation de questionnaires d'échelles d'attitudes pour étudier les RS, mais cela dans la mesure où il y a une construction d'hypothèses pour relier les éléments symboliques étudiés à des modèles formulés en termes de représentations (Doise, 1988).

En conclusion, comme l'ont dit Palmonari et Doise, l'étude des attitudes peut devenir une étude des représentations sociales pour autant qu'elle relie des réalités symboliques à la réalité complexe et changeante des rapports sociaux (Palmonari & Doise, 1986).

Maintenant que le lien entre les attitudes et les RS a été expliqué, dans le chapitre qui suit l'approche des RS sera approfondie.

## **CHAPITRE 4**

### **APPROCHE DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES**

Jusqu'à présent, différentes approches et théories ont été utilisées pour traiter la problématique du suicide, cependant, peu ont utilisé l'approche des représentations sociales pour étudier le phénomène suicidaire. En prenant en compte cet état de fait, dans ce chapitre on présente l'approche des représentations sociales afin de bien placer les bases théoriques avant de l'aborder quant à la problématique suicidaire.

#### ***4.1. Historique et description***

D'après Moscovici, le concept de représentation sociale découle du terme « représentation collective » qu'a proposé Durkheim en 1898. En effet, celui-ci définit la représentation collective comme forme d'idéation sociale distincte de la représentation individuelle (Durkheim, 1898). La représentation collective découle de la conscience collective qui est une construction sociale stable qui assure la cohésion dans la société; c'est un guide coercitif des manières de penser et d'être, qui sont intériorisées par l'individu et qui se perpétuent dans le temps. Cette représentation statique et transmissible qui a bien fonctionné dans les sociétés traditionnelles où le consensus, la conformité et le contrôle social sont très forts devenait inefficace dans les sociétés modernes plus individualisées.

Ainsi, Moscovici a repris la notion et l'a mise à jour en prenant en compte le dynamisme de la représentation et l'activité mentale individuelle impliquée dans la transmission, ce faisant, il crée la représentation sociale (Moscovici, 1976). Alors, le concept «représentation sociale» tel qu'utilisé de nos jours date des années soixante. Afin de bien présenter l'approche des représentations sociales sur laquelle se base la recherche, on présentera d'abord les recherches de Moscovici, de Jodelet et par la suite le modèle d'analyse de Doise et Lorenzi-Cioldi (Doise, Clémence, & Lorenzi- Cioldi, 1992).



La première étude sur les représentations sociales a été réalisée par Serge Moscovici lors de ses travaux sur la psychanalyse (Moscovici, 1961). Selon lui, la représentation sociale est une forme particulière de pensée et de savoir qui est spécifique aux sociétés modernes, mais qui a des similarités avec les mythes et les croyances des sociétés traditionnelles. Cette étude comporte deux parties, la première partie présente le concept de représentation sociale, la seconde l'analyse de l'élaboration et la diffusion des représentations sociales.

Dans cette étude Moscovici décrit comment la psychanalyse, savoir jusque-là scientifique, et encore inconnue du commun mortel pénètre la société. Ce faisant, Moscovici constate que les adultes utilisent des opérations cognitives proches de la pensée enfantine, autrement dit, la pensée naturelle. Le fonctionnement de la pensée naturelle s'explique par l'approche de la représentation sociale, du fait que l'individu suit une logique sociale qui dépend de deux systèmes : le système cognitif et le méta-système social. Le système cognitif est l'ensemble des opérations cognitives basées sur des principes logiques et des formes de pensées systématiques. Par métasystème social, Moscovici fait référence aux formes d'organisations (institutions, appartenances sociales...) et communications sociales. Ces métasystèmes ont des normes et des règles qui contrôlent, vérifient et dirigent le fonctionnement cognitif. Ces deux systèmes servent à expliquer la forme des représentations sociales et les processus d'objectivation et d'ancrage par lesquels les savoirs scientifiques se transforment en représentations sociales (Moscovici, 1976).

Aussi Moscovici (1976) souligne qu'au niveau individuel les transformations sont accomplies par des règles d'inférence, tandis qu'au niveau collectif elles le sont par des règles de communication. C'est ainsi, que la notion de psychanalyse a été transformée en se diffusant en fonction des rapports de communication et des positions des acteurs dans la société. Donc la représentation sociale est collectivement produite et engendrée.

Aussi, dans cette première partie de son étude sur la psychanalyse Moscovici décrit deux notions de base de la représentation sociale; l'objectivation et l'ancrage. L'objectivation

est le processus de naturalisation de la pensée à travers lequel l'individu transforme un phénomène nouveau en un objet concret et familier; ainsi l'écart entre la science et le réel s'amenuise. Par conséquent, il fait correspondre une réalité à un univers jusque-là inconnu. «Les idées ne sont pas perçues comme les produits de l'activité intellectuelle de certains esprits, mais comme les reflets de quelque chose d'existant à l'extérieur » (p109) (Moscovici, 1976). Autrement dit, les représentations sociales ont une existence réelle, c'est le produit de la communication humaine (Doise & Palmonari, 1986) p14). Au niveau théorique, l'objectivation contribue à la fois à édifier le noyau imageant «l'image » de la représentation et la réalité sociale.

L'objectivation comprend trois phases selon Jodelet (1989), 1. Tout d'abord, la sélection et la décontextualisation des éléments de la représentation sociale; c'est l'étape où les informations sont détachées du champ d'origine et l'individu se l'approprie. Ensuite, il y a formation du noyau figuratif; l'information est structurée dans un nouvel ensemble de la relation constituant un modèle imagé et cohérent. Finalement, c'est la phase de la naturalisation où le modèle acquiert un statut d'évidence que lui confère le statut de sens commun (Jodelet, 1989).

L'ancrage est l'utilisation d'une image objectivée provenant du quotidien qui transporte avec elle les valeurs de la société où elle est engendrée; en d'autres mots c'est l'insertion de nouveaux éléments de savoir dans des catégories «préétablies» (Moscovici 1976). Par ce processus, l'individu transforme la science en un savoir utile à tous, et généralise l'usage de la représentation sociale. Au niveau théorique, l'ancrage permet de saisir la façon dont les éléments représentés servent à modeler les rapports sociaux et comment ils les expriment. Aussi, il rend compte de la constitution du réseau de significations autour de l'objet d'étude et de l'orientation des connexions entre celui-ci et le milieu social (Moscovici, 1976).

Moscovici termine son examen théorique de la représentation sociale en soulignant que plusieurs formes de pensée coexistent couramment chez un individu. En effet, celui-ci peut employer des registres logiques variables dans les divers domaines qu'il aborde,

avec des perspectives, des informations et des valeurs qui lui sont propres. Ainsi, la représentation sociale est un système d'interprétation partiellement automatique et donc partie intégrante du comportement réel et symbolique (Moscovici, 1976).

Dans la seconde partie, Moscovici traite des différents moyens de communication par lesquels la représentation sociale s'est propagée dans la société. Il mentionne trois types de communication; la propagande, la propagation et la diffusion. Chaque mode de communication a ses propres caractéristiques, processus de transfert et objectifs. De plus, il façonne les informations véhiculées de façon à atteindre ses objectifs. Ainsi, la diffusion utilisée par la grande presse a pour objectif d'informer le public, la propagation mode de communication adopté par la presse catholique a pour objectif de définir et défendre la position de l'église catholique, tandis que, la presse communiste utilise la propagande, afin de montrer les faiblesses du système capitaliste relié à la psychanalyse et le combattre. Par cette étude, Moscovici montre que la communication modèle la structure (forme et contenu) de la représentation sociale. De plus, elle permet une négociation continue de définition de la réalité et des régulations sociales.

Moscovici à partir de l'étude des représentations sociales de la psychanalyse pose les bases d'une épistémologie du sens commun. Il rendait ainsi compte d'une forme de connaissance marquée par la réalité des gens, donc propre à chaque groupe social.

Depuis cette première étude, le concept de représentation sociale s'est beaucoup développé. Elle a ouvert la porte à une série de recherches sur les représentations sociales, si bien qu'aujourd'hui, les représentations sociales constituent un champ d'étude particulier de la psychologie sociale. De plus, ce concept a pris tellement d'ampleur au cours de la dernière décennie qu'il est maintenant reconnu comme une approche et est utilisé dans plusieurs branches des sciences humaines et sociales (anthropologie, philosophie, sociologie, psychologie etc.). Cette approche est très prisée pour sa richesse interprétative et son apport dans l'établissement des rapports entre une forme de connaissance populaire et des phénomènes collectifs.

Une autre étude classique des représentations sociales est celle d'Herzlich sur la santé et la maladie. À partir des entrevues réalisées auprès de 80 personnes, elle a analysé comment s'élabore et se structure la représentation de la santé et de la maladie. Herzlich mentionne qu'étudier la représentation sociale c'est observer comment un ensemble de valeurs, de normes sociales et de modèles culturels est pensé et vécu par les individus d'une société (Herzlich, 1969). Cette étude a permis d'observer que la représentation sociale d'un objet social ne permet pas seulement de s'approprier la réalité, c'est aussi une méthode de construction sociale de connaissance (Herzlich, 1969).

Une dernière étude classique, qu'il est important de présenter, tout au moins dans ses grandes lignes, est l'étude de la représentation sociale de la maladie mentale de Jodelet (1986). Cette étude illustre à l'aide d'une recherche longitudinale sur le terrain, les origines, les fondements, et l'ancrage de la représentation sociale de la maladie mentale dans une communauté. À partir, de critères scientifiques, Jodelet, confronte la pensée scientifique à la pensée naturelle. Elle explore le contenu, l'organisation et les liens de la représentation sociale avec les pratiques quotidiennes. Jodelet souligne que le terme «représentation sociale» renvoie d'une part, au produit d'une activité mentale spécifique et d'autre part, aux processus caractéristiques de cette activité mentale (Jodelet, 1989).

L'étude permet de montrer comment les membres d'une communauté gèrent à partir d'un système de représentation sociale leur relation avec le malade mental réinséré dans la communauté et les pratiques envers celui-ci. Jodelet en conclut, que le respect des pratiques instituées à partir des représentations sociales sert l'intégrité et l'identité distincte des membres «non malades» de la communauté (Jodelet 1986). Cette idée est reprise par Guimelli «La représentation sociale s'intègre et s'ancore dans un système de valeur particulier, qui dépend de l'histoire du groupe, ainsi que du contexte social et idéologique auquel il est rattaché» (Guimelli, 1995).

## 4.2. Définition

Plusieurs auteurs ont défini la représentation sociale. Cependant, la plupart s'entendent pour décrire la représentation sociale en tant que processus psychologique et social (Deschamps & J-L., 1996; Doise & Palmonari, 1986; Guimelli, 1995). L'appropriation de la réalité est le concept unificateur des différentes définitions. Moscovici en 1963, définit la représentation sociale comme l'élaboration d'un objet social par une communauté avec l'objectif d'agir et de communiquer. Ce processus étant à la fois un processus mental et social d'un groupe donné, pour s'approprier la réalité afin de lui donner une signification. Elle recouvre l'ensemble des croyances, des connaissances et des opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe à l'égard d'un objet social.

Par la suite, s'inspirant de cette définition de Moscovici, plusieurs auteurs ont redéfini la RS avec leurs propres mots. Ainsi, pour Abric, la représentation sociale est l'ensemble organisé des informations, attitudes, croyances qu'un individu ou un groupe élabore à propos d'un objet, d'une situation, d'un concept ; c'est la vision subjective et sociale de la réalité (Abric, 1994). Selon Martin et Rastoll la représentation sociale est la vision subjective et sociale de la réalité en tant qu'elle est médiatisée par un système subjectif et socialement déterminé. Elle compose la conscience collective qui contraint l'individu. Elle est médiation entre les forces sociales et psychiques, entre les contraintes sociales et les mécanismes psychologiques (Martin & Rastoll, 1990).

Palmonari et Doise décrivent la représentation sociale comme des produits de l'action et de la communication humaines ; des réalités partagées (Palmonari & Doise, 1986). De son côté, Jodelet avance que les représentations sociales sont des phénomènes complexes (éléments informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, croyances, valeurs, attitudes, opinions, images etc.) organisés sous la forme d'un savoir disant quelque chose sur l'état de la réalité toujours activée et agissant dans la vie sociale (Jodelet, 1989).

La présente étude privilégie la définition de Jodelet ci-dessus mentionnée. En effet, dans sa définition Jodelet mentionne les différents concepts qui forment la représentation

sociale et prend en considération l'environnement social aussi bien que l'aspect comportemental qui en découle.

Depuis, maintes études ont permis de mettre en relation les représentations sociales et les comportements. Ainsi, de nos jours, il est reconnu que les représentations sociales conduisent à une certaine analyse d'un phénomène et déterminent les pratiques correspondantes (Jodelet, 1989; Petrillo, 1996). Finalement, Jodelet précise que la particularité de l'étude des représentations sociales est d'intégrer dans l'analyse de ces processus, l'appartenance et la participation sociale ou culturelle du sujet (Jodelet, 1989).

Ces études classiques servent de base pour l'élaboration de l'étude qui sera réalisée. En effet, l'étude explorera le contenu et l'organisation de la problématique suicidaire, et finalement, observera les liens de la représentation sociale avec les comportements.

### ***4.3. Modèle de la recherche en représentation sociale***

À partir des différentes définitions de la représentation sociale et à la lecture des différents auteurs sur les représentations sociales, on arrive à la conclusion que la représentation sociale recouvre plusieurs autres concepts (Abric, 1997; Doise & Palmonari, 1986; Guimelli, 1995; Herzlich, 1992; Paichelier, 1992). Par conséquent, le modèle suivant de la représentation sociale a été créé. Ainsi, la représentation sociale est composée des attitudes, des croyances, des perceptions et des valeurs. Avant d'aborder les études portant sur la représentation sociale il est approprié de définir brièvement les différents concepts qu'elles recouvrent.

L'approche des représentations sociales utilisées dans cette étude peut être illustré par un diagramme. Plusieurs concepts sont imbriqués l'un dans l'autre et interagissent. Ainsi, la représentation sociale est composée de l'ensemble organisé des attitudes, croyances, perceptions et valeurs imprégnées de la culture d'un individu. Le tout, donne un sens et

influence le comportement (figure 1). Cette étude porte sur deux objets représentationnels soit le suicide et le suicidaire.

### ***Attitude***

L'attitude est l'état mental prédisposant à agir d'une certaine manière lorsque la situation implique la présence réelle ou symbolique de l'objet d'attitude (Thomas & Alaphilippe, 1983).

### ***Croyance***

La croyance est l'attitude intellectuelle d'une personne qui tient pour vrai un énoncé ou un fait sans qu'il y ait nécessairement une démonstration objective et acceptable de cette attitude (Bloch, 1999).

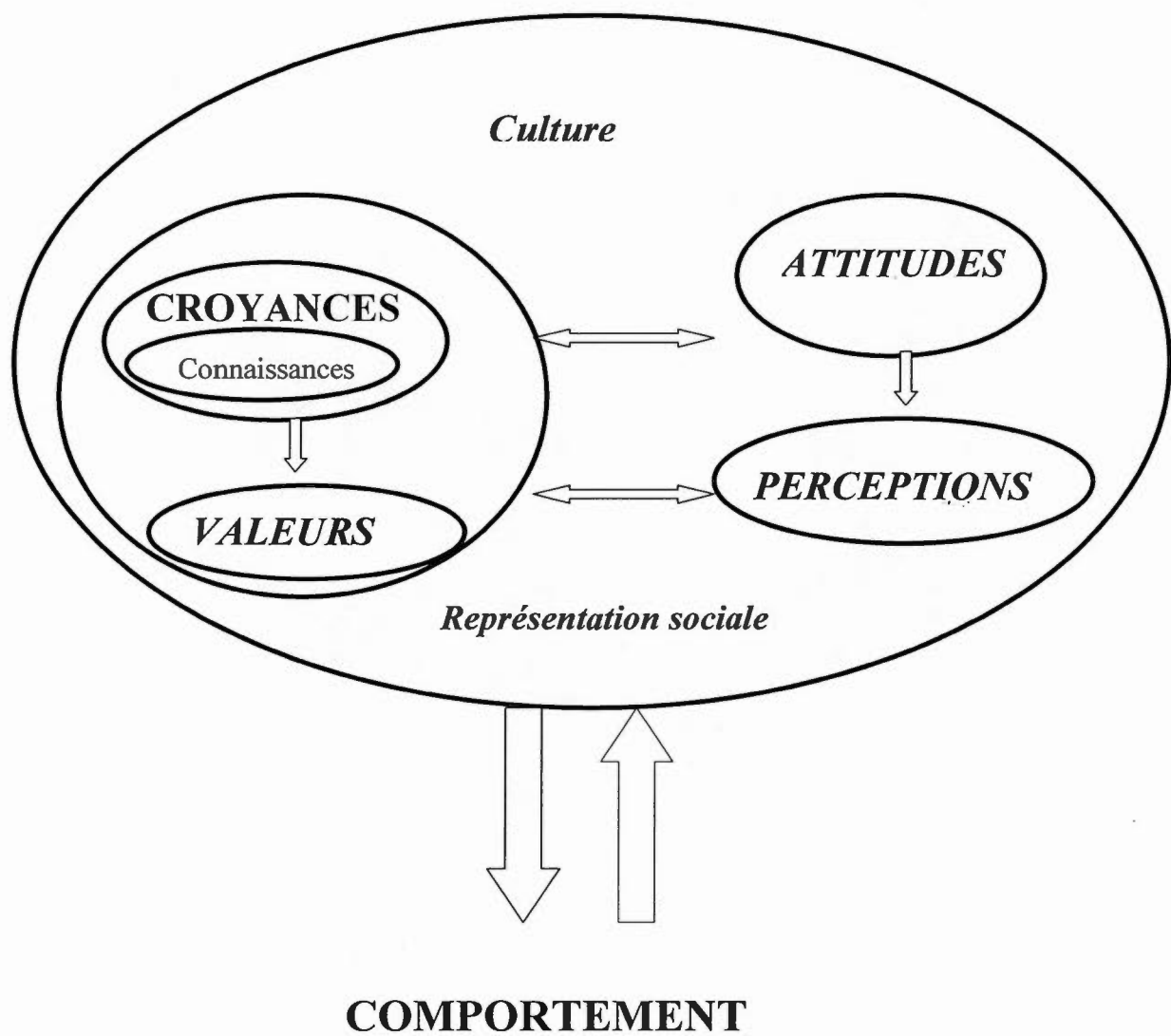
### ***Perception***

La perception est l'ensemble des mécanismes et des processus guidés par nos représentations, par lesquels la personne prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens (Bloch, 1999).

### ***Valeur***

Une valeur est une idée qui va modeler la personnalité tout entière et modeler la conception de la vie ; cette idée pèse de tout son poids (oriente) sur les comportements, attitudes, sentiments et opinions (Mouraux, 1998).

#### 4.4. *Modèle conceptuel*





La représentation sociale se démarque de ces concepts par sa constitution. En effet, tous les concepts précités peuvent être développés de façon individuelle, même si parfois ils sont influencés par les interactions sociales, tandis que la représentation sociale est générée et transmise lors des échanges sociaux et fait partie intégrante de la vie collective (Moscovici, 1976).

Dans le champ de recherche sur la représentation sociale qui a une visée pratique, on retrouve deux types d'études. D'une part, il y a les études qui visent à déterminer comment les pratiques peuvent affecter les représentations sociales et les modifier (Jodelet, 1989; Salmaso & Pombeni, 1996). D'autre part, les études où la représentation sociale est vue comme une variable indépendante, c'est-à-dire comment elle peut influencer le comportement (Comby, Devos, & Deschamps, 1993; Di Giacomo, 1986). Ces travaux sur la structure des représentations sociales reposent sur l'hypothèse selon laquelle les comportements des sujets ne sont pas déterminés par les caractéristiques objectives de la situation, mais par la représentation de cette situation (Abric, 1997). Ainsi, pour un même objet social deux représentations différentes produisent des comportements différents.

## **Conclusion**

Moscovici à partir de l'étude des représentations sociales de la psychanalyse pose les bases d'une épistémologie du sens commun. Il rendait ainsi compte d'une forme de connaissance marquée par la réalité des gens, donc propre à chaque groupe social.

Pour un phénomène comme le suicide des adolescents, connaître le contenu et l'organisation des RS permettra de mieux appréhender et comprendre le sens que revêt l'acte pour les communautés et favoriserait une intervention appropriée.

## **CHAPITRE 5**

### **PORTRAIT SOCIOPOLITIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES**

Ce chapitre permet d'avoir un portrait sociodémographique de la ville de Montréal, puis un bref aperçu du contexte socio-politique et démographique d'immigration des communautés ainsi que les valeurs de base de ces communautés.

#### ***5.1. Profil démographique de la ville de Montréal***

Tout d'abord, un survol de l'immigration des communautés sélectionnées.

Les données des recensements des quarante dernières années (1961-2001) permettent de déceler qu'il y a eu des changements majeurs dans la provenance des immigrants du Québec (Santé Publique Montréal, 2000). Avant cette période la majorité des migrants étaient principalement de descendance européenne. Toutefois, la loi sur l'immigration de 1967 a favorisé la diversité de provenance. En effet, cette loi instaurait un nouveau système d'évaluation des dossiers de demande d'immigration qui mettait tous les demandeurs sur une base égale sans privilégier l'origine ethnique européenne.

Depuis, la multiethnicité au Québec est un phénomène assez important pour justifier une étude auprès des communautés ethnoculturelles. Ainsi, selon les chiffres de recensement Canada 2001, 18,4% de la population québécoise à une origine ethnique autre que canadienne-française ou britannique. On retrouve en majorité ces communautés dans les régions urbaines et plus souvent qu'autrement dans la région du Montréal métropolitain. En effet, 87% de la population immigrante du Québec résident sur le territoire de la communauté urbaine de Montréal (Ville de Montréal, 2000).

Montréal est un milieu urbain à haute densité d'immigration. Selon les données du recensement de 2001, 27,2% de la population montréalaise est immigrante ou d'origine immigrante. Les communautés haïtiennes et italiennes sont les principales communautés

culturelles à prépondérance francophone de la ville de Montréal. Et depuis 1987, les Latino-américains constitue le 3ième groupe en nombre d'immigrants au Québec. La moitié de la population immigrante de Montréal a immigré avant les années 80 et en grande majorité connaît le français (Institut de la statistique du Québec, 2001). À partir des données du recensement de 1996 on peut observer qu'il y a une concentration des immigrants d'origine haïtienne, italienne et latino-américaine dans les quartiers Rivières des Prairies, Villeray et Saint-Michel. En effet, près de 45% des immigrants haïtiens, 40% des immigrants italiens et 11,8 des immigrants latino-américains y habitent (Ville de Montréal, 2000). Ces éléments font en sorte que Montréal a un portrait ethnoculturel assez hétérogène.

## ***5.2. Portrait de la communauté haïtienne***

### ***5.2.1. Immigration haïtienne***

Haïti est un pays qui est politiquement indépendant depuis 1804. Toutefois, à partir des années 1960 en raison du fort capitalisme mondial et de la paupérisation des familles paysannes, Haïti développe une dépendance économique envers les pays développés. Ainsi, la mauvaise situation économique du pays va favoriser le départ des professionnels et par la suite, la situation politique va faire augmenter le flux migratoire (Dejean, 1978; Labelle, Larose, & Piché, 1983).

La présence massive et visible des haïtiens à Montréal est assez récente. À partir des données non officielles on a pu dresser l'historique de l'immigration de la population haïtienne établie à Montréal. D'après les informations provenant de différentes sources, l'immigration des Haïtiens à Montréal aurait débuté dans les années 1940, il ne s'agissait que de quelques individus. Toutefois, à partir des années 1960 on a des données exactes sur l'entrée des Haïtiens au Québec. Les Haïtiens choisissent le Québec comme terre d'immigration premièrement pour la langue, puis à cause de la forte présence des religieux québécois en Haïti qui ont promu les avantages du Québec. Quatre-vingt quinze pourcent des Haïtiens qui immigreront au Québec élisent domicile à Montréal.

La première grande vague d'immigrants haïtiens est arrivée en 1965; c'était des professionnels qui venaient porter main forte aux développements rapides de Montréal. Ils faisaient partie de la solution adoptée pour combler le manque de main d'œuvre québécois. Dès 1974, Haïti occupe le premier rang pour l'immigration au Québec. À partir de 1979 une nouvelle couche de la population haïtienne immigre au Québec, cette fois-ci, il s'agit de travailleurs et d'ouvriers plus ou moins qualifiés. Le flux migratoire des haïtiens continue d'augmenter pour atteindre son maximum dans les années 1980, où 14 870 haïtiens ont élu domicile à Montréal, ce qui porte le nombre d'haïtiens qui vivent à Montréal à plus de trente milles (Statistique Canada, 2000).

La plupart des immigrants haïtiens expliquent leur migration par des raisons économiques. Ils sont en quête d'un mieux-être économique et social.

### ***5.2.2. Valeurs de la communauté haïtienne***

En Haïti, les valeurs traditionnelles sont encore de mise. En effet, l'unité de base de la société c'est la famille élargie. Cette famille comprend les parents, les enfants et d'autres membres de la famille (grands-parents, oncles, tantes, cousins, etc). Cette unité familiale élargie fait en sorte que l'éducation des enfants ne repose pas seulement sur les parents mais dépend de tous les membres adultes présents au sein de l'unité familiale. Ainsi, malgré le rôle autoritaire des pères haïtiens la proximité d'autres membres de la famille fait en sorte que l'enfant n'est pas abusé, négligé ou violenté car il y a plusieurs adultes pour veiller à son bien-être; il y a donc un contrôle informel des conduites parentales et un réseau de soutien familial.

Dans la famille haïtienne, l'enfant est considéré comme une richesse, c'est lui qui prendra soin de ses parents dans ses vieux jours.

Une autre valeur qui marque la culture haïtienne est la spiritualité. Cette spiritualité se vit soit par l'intermédiaire d'une religion chrétienne ou du voodoo. D'une part comme de l'autre la vie est considérée comme un don de Dieu, donc très valorisée.

### ***5.3. Portrait de la communauté italienne***

#### ***5.3.1. Immigration italienne***

L'immigration italienne est l'une des premières au Québec. La communauté montréalaise d'ascendance italienne s'est développée en trois étapes à Montréal. La première étape débute à la fin du 19<sup>ième</sup> siècle jusqu'aux années 20, la seconde, des années 20 jusqu'à la fin des années 60, puis des années 70 à nos jours. L'émigration des italiens a vraiment commencé vers la fin du 19<sup>ième</sup> siècle, dû à l'instabilité politique et économique en Italie suite à l'unification de l'Italie du sud au nord (1859-1870). Cependant, elle ne représentait qu'une infime partie de l'immigration. Par la suite, la construction du chemin de fer canadien et d'autres grands travaux de construction créaient un besoin d'ouvriers que les Italiens étaient en mesure de combler. Après la deuxième guerre mondiale, de nombreux Italiens immigrent au Canada dont 26 % au Québec et de ce pourcentage 94% à Montréal. Toutefois, ce n'est que vers la fin des années soixante que l'immigration italienne est à son plus fort. En effet, le nombre d'Italien à Montréal va presque triplé de 1951 à 1961, passant de 31 000 à 101 000 (Institut de la statistique du Québec, 2001). Ils vont participer en grand nombre au développement industriel de Montréal, comme main d'œuvre peu qualifié. C'est lors de la troisième et grande vague d'immigration que les italiens ont commencé à s'organiser comme communauté afin d'assurer leur survie. Les membres de la communauté italienne ont de multiples liens entres eux. En plus des liens de parenté, de voisinage et d'amitié, les liens sont renforcés par des institutions cléricales, des associations et des clubs italo-canadiens, où ils se retrouvent entre eux. Ainsi, on retrouve une très forte concentration d'Italiens dans l'est et le nord-est de Montréal (Villata, 1985).

### ***5.3.2. Valeurs de la communauté italienne***

Les Italiens attachent une grande importance à la famille. La famille est l'institution centrale de la communauté italienne. Cette institution comporte des droits et des obligations qui constituent pour l'individu les fondements de la morale (Boissevin, 1971)

Pour l'Italien, la famille est la valeur centrale de la vie. Malgré l'émigration la famille reste semblable à ce qu'elle était en Italie. Le système des valeurs traditionnelles y est enseigné et il est de règle qu'on s'entraide entre parents. D'ailleurs, l'étude de Greenwood indique que 91% des immigrants italiens d'après-guerre ont bénéficié de l'assistance des parents pour s'établir à Montréal. Pour mieux s'entraider les Italiens vont habiter dans les mêmes quartiers et recréer en partie leur vie sociale d'antan (Boissevin, 1971).

Les immigrants italiens ont quitté leur pays afin d'améliorer leur situation économique et donner un meilleur avenir à leurs enfants, ce qu'ils réussissent très bien. Ainsi, les italiens développent un système de valeur matérialiste, où il est important d'acquérir des biens matériels, signe du succès (Boissevin, 1971).

## ***5.4. Portrait de la communauté latino-américaine***

### ***5.4.1. Immigration latino-américaine***

L'Amérique latine est constituée des pays de l'Amérique centrale (Belize, Costa Rica, Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, République Dominicaine) et de l'Amérique du sud (Argentine, Brésil, Bolivie, Chili, Colombie, Équateur, Guyane et Guyane française, Paraguay, Pérou, Surinam, Uruguay, Venezuela). C'est un très vaste territoire avec beaucoup de diversité (socio-politique, géographique, climatique, culturelle etc.). Les pays de l'Amérique latine ont subi l'influence de plusieurs peuples entre autres les Espagnols, les Portugais, les Africains, les Polonais et les Italiens.

Avant l'immigration, le terme latino-américain n'existait pas. C'est aux États-Unis que ce terme s'est développé avec l'afflux d'immigrants hispanophones afin de former un groupe à partir de la langue d'expression. Ainsi, la langue devient la caractéristique distinctive par rapport à l'anglais et la culture anglo-saxonne. Depuis, le terme latino-américain fait référence aux gens d'arrière plan Indo-hispanique qui vivent en Amérique du Nord (Garcia & Marotta, 1997; Queralt, 1993). Cette identité ethnique latino-américaine est adoptée par les communautés provenant de l'Amérique latine, car elle leur permet de se regrouper pour défendre des intérêts communs (Vasquez, 1987).

À partir de 1970 l'immigration latino-américaine a commencé à prendre de l'ampleur au Québec. Les Latino-américains ont immigré au Canada soit pour des raisons politiques tels que : fuir un régime militaire, une guerre civile, une dictature, ou pour des raisons économiques, afin d'améliorer leurs conditions de vie (Pegullo, 1989; Segura, 1996). Les premiers arrivés venaient plutôt pour des raisons d'ordre politique donc c'était majoritairement des exilés politiques, tandis que les dernières vagues immigrèrent afin d'avoir un meilleur niveau de vie (Hudon, 1994) .

#### ***5.4.2. Valeurs de la communauté latino-américaine***

Il est certain que sur plusieurs problématiques on ne peut dresser un portrait général qui recouvre tous ces pays. Néanmoins, il est possible de faire un tel exercice par rapport à la problématique suicidaire, car les attitudes, les croyances, les perceptions et les valeurs qui sous-tendent le problème sont partagées par les différents peuples. Deux concepts sont d'importances primordiales dans les pays de l'Amérique latine et ont un impact direct sur la problématique du suicide, il s'agit de la solidarité familiale et de la religion.

Une des principales valeurs des Latino-américains est la solidarité; cette solidarité se manifeste premièrement au niveau de la famille, qui inclut les amis de longue date ainsi que toute la parenté et deuxièmement, au niveau de la communauté. La famille occupe une place importante en Amérique latine, elle est le groupe d'appartenance le plus

crucial, le premier lieu d'échange et d'entraide, l'unité de soutien économique de base (Hovey & King, 1996; Keefe & Padilla, 1987). En effet, dans les pays de l'Amérique latine où il n'y a pas ou très peu de services sociaux, la famille représente le seul recours pour l'individu ayant des difficultés. Des relations étroites existent entre les membres de la famille, ce qui permet d'être impliqué dans la vie privée de l'autre. Il y a des liens d'interdépendance et même de dépendance entre les divers membres de la famille. La structure familiale est de type traditionnel où l'homme a le rôle de pourvoyeur et de chef de famille, tandis que la femme a le rôle de mère et de ménagère. Les enfants sont valorisés au sein de la famille latino-américaine, car ils représentent la continuité et la sécurité dans la vieillesse. L'esprit d'entraide et de soutien est une caractéristique des Latino-américains (Canino & Roberts, 2001; Prilleltensky, 1993; Rulf, 1991).

Une deuxième valeur importante chez les Latino-américains est la religion. L'église catholique a eu une grande influence au cours de l'histoire des pays de l'Amérique latine et jusqu'à présent la religion catholique est très présente (Markides, 1981). Néanmoins, on retrouve encore des traditions chamaniques d'origine amérindienne au sein des peuples. En général, les Latino-américains sont des fervents croyants, ils vivent et manifestent leur foi régulièrement lors des services religieux ou des fêtes religieuses. L'église enseigne que le suicide est un péché mortel, il va à l'encontre du cinquième commandement (Kalish & Reynolds, 1976; Markides, 1981). Deux devises marquent profondément la culture latino-américaine. Le premier est « Nadi tiene la vida comprada » ce qui signifie personne ne peut acheter la vie. Étant donné que la vie ne lui appartient pas le Latino-américain va profiter de chaque moment. Une autre devise est « Si dios quiere » c'est à dire « si Dieu le veut ». Avec ces philosophies de vie que certains auteurs qualifient de « fataliste » le Latino-américain remet les choses entre les mains de Dieu et ne se sent pas seul pour affronter la vie quotidienne.



## ***5.5. Portrait de la communauté québécoise de souche francophone***

### ***5.5.1. Famille québécoise***

La révolution tranquille (1967) a été le coup d'envoi des transformations de la société québécoise au niveau politique, économique, social et familial. Effectivement, au cours de quelques décennies plusieurs changements sociaux se sont produits et la société québécoise s'est industrialisée et individualisée (Dagenais, 2001; Roy, 1993).

Ainsi, jusqu'à la révolution tranquille, la famille québécoise francophone peut être décrite comme traditionnelle. De fait, c'est une famille nucléaire, prolifique et stable. Dans cette famille, le père joue le rôle de chef de famille et pourvoyeur, tandis que la mère est l'éducatrice et la ménagère. L'une des caractéristiques de cette société est la grande fécondité, les enfants sont les aides au travail et les héritiers. De plus, dans cette famille le degré d'individuation de ses membre est faible (Dagenais, 2001).

L'évolution de la société a favorisé des changements profonds et rapides au sein de la structure familiale, ainsi les rôles bien établis ont été abandonnés au profit des rôles à définir. Aussi, en mettant de côté l'église catholique, qui donnait les repères quant aux valeurs, aux normes et aux comportements, les Québécois francophones sont passés d'une société où les normes et contraintes sociales pesaient lourds, à une société où la norme est individuelle et les rôles au sein de la famille sont arbitraires. De plus, les taux de séparation élevé, de divorce, de famille monoparentale et de famille reconstituée sont le lot de cette nouvelle famille (Dagenais, 2001, Roy 1993).

### ***5.5.2. Valeurs de la communauté québécoise de souche francophone***

De la famille traditionnelle, la famille québécoise est désormais moderne. Dorénavant, les termes instabilité, dénatalité et individualisme sont ceux qui la définissent. En effet, dans

cette famille, la créativité est de mise pour définir les rôles et l'enfant est la conséquence d'une expérience existentielle, d'un désir d'enfant. Par ailleurs, les valeurs religieuses tels que : le dévouement, le don de soi, la responsabilité sociale, ont été remplacées par les valeurs d'individualisme, d'autonomie et de réussite.

## **Conclusion**

Après avoir recensé les données historiques d'immigration on voit que les histoires, les périodes et les raisons d'immigrations diffèrent d'une communauté à l'autre. Ce qui peut influencer l'adaptation à la société d'accueil. De plus, on observe aussi que les valeurs privilégiées par les communautés culturelles ne sont pas identiques même s'il y a certaines qui se recoupent (famille, religion).

Après avoir présenté brièvement l'histoire d'immigration et les valeurs des communautés haïtiennes, italienne et latino-américaine de Montréal, au prochain chapitre on décrira le contexte du suicide dans ces communautés culturelles et dans la communauté Québécoise. Il est à noter que pour la suite de la thèse, afin de faciliter la lecture les termes québécois et communautés culturelles ne seront pas toujours définis. Dans ces cas, le terme « communautés culturelles » réfère aux communautés haïtienne et latino-américaine, le terme « communauté québécoise » réfère à la communauté québécoise de souche francophone. De même, le nom et l'adjectif québécois réfère aux personnes québécoises de souche francophone.

## CHAPITRE 6

### CONTEXTE THÉORIQUE DU SUICIDE DANS LES DIFFÉRENTES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES

#### *6.1. Suicide et communautés ethnoculturelles*

Il y a peu d'écrits sur la problématique du suicide dans les communautés haïtienne, italienne et latino-américaine. Les informations que l'on possède proviennent soit des cliniciens ou des recherches cliniques qui ont eu lieu auprès de ces populations.

Différentes études soulignent que la culture joue un rôle majeur dans la représentation qu'on se fait du suicide (Domino et al., 1998-1999; Tousignant & Mishara, 1981). Cependant, aucune étude n'a été publiée sur les représentations sociales du suicide dans les communautés ethnoculturelles en Europe ou en Amérique du Nord.

À partir des différents écrits recensés sur la mort et les attitudes quant au suicide, une ébauche de la problématique suicidaire est dressée. L'hypothèse de base émise est que le contenu (les principes organisateurs) des RS sont différentes dans les communautés (haïtienne, italienne, latino-américaine et québécoise) sélectionnées pour l'étude. Par la suite, à partir des données disponibles (études sur les représentations sociales, sur les valeurs culturelles et les attitudes face au suicide) on élabore une description hypothétique de la représentation sociale du suicide des communautés sélectionnées.

Plusieurs études visent l'investigation des attitudes, croyances, valeurs et opinions face au suicide et l'appartenance ethnoculturelle (Domino & Leenars, 1989; Domino & Perrone, 1993; Domino et al., 1998-1999; Lester & Akande, 1994; Perrez Barrero, 1998). Ces études interculturelles ont permis de constater que les attitudes, croyances et opinions souvent diffèrent d'une communauté ethnoculturelle à l'autre. Néanmoins, peu de ces études portent sur les communautés investiguées. Toutefois, on retrouve ci-dessous les principaux résultats quant aux communautés d'intérêt.

## ***6.2. Suicide au pays d'origine et élaboration hypothétique de sa représentation sociale***

### ***6.2.1. Suicide en Haïti***

Aucune étude n'a été réalisée sur la problématique du suicide en Haïti. Alors, très peu d'informations existent à ce sujet. Même l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) n'a pas de données statistiques sur le suicide en Haïti (Organisation Mondiale de la Santé, 2000). De même, dans le profil de la santé, publié par l'Organisation Pan Américaine de la Santé (OPAS) il n'est fait aucune mention du suicide dans la section des accidents et violence en Haïti (Pan American Health Organization, 2001).

Vu les conditions d'enregistrement des données et le fait que le suicide soit tabou en Haïti, il n'est pas étonnant qu'on ne retrouve pas de données.

Toutefois, plusieurs études portent sur les croyances, les attitudes et les valeurs quant à la mort. Les croyances populaires haïtiennes quant à la mort reposent en général sur une constitution tripartite de la personne. Ainsi, chaque individu possède un corps physique et deux âmes. Une âme qui retourne à Dieu lors du décès, et une autre, siège de la volonté et de la conscience, dont il faut faire particulièrement attention, car elle peut être capturée, et alors la personne mène une vie d'esclave (Larose, 1991). Cette deuxième âme peut aussi être capturée lors du vivant de la personne, à ce moment on va parler de possession; dans certaines de ses situations on peut parler de suicide passif où l'individu va être la victime d'un agent étranger (envoûtement, mauvais sort, possédé par un esprit...) qui lui veut du mal et va le contraindre à se tuer (Thomas, 1988). Dans la même lignée, Reverzy et ses collaborateurs mentionnent que les Réunionnais ont des croyances omniprésentes dans l'envoûtement et le maléfique pour expliquer toutes les pathologies ou catastrophes existentielles (Reverzy, Duval, Vanelven, Bouleau, & Cazalis de Fondouce, 1987).

Dans la société haïtienne, l'emphasis est mise sur la collectivité plutôt que l'individu. Ainsi, la communauté assimile l'individu et le contrôle, mais elle veille sur lui dans les

moments critiques. En effet, la communauté exerce une forte pression sociale sur l'individu, qui peut être un facteur de protection contre le suicide (Durkheim, 1967). En dépit du peu d'informations disponibles, on peut tout de même avancer à partir de certaines études réalisées en Afrique et dans d'autres pays des Caraïbes, qui ont une culture similaire quant à la mort, que le suicide est considéré comme un comportement anémique (Lester & Akande, 1994; Reverzy et al., 1987; Thomas, 1988). Comme le dit Villaire «La mort haïtienne est l'aboutissement d'un désordre interne ou d'une agression extérieure, jamais une fatalité, un destin» (Villaire, 1994).

#### *6.2.1.1. Représentation sociale du suicide en Haïti*

Étant donné le peu d'étude sur le suicide en Haïti, la RS du suicide suggéré est purement théorique. Les valeurs religieuses qui valorisent la vie et le collectivisme permettent de penser que le suicide est considéré comme un comportement anémique, qui appelle une cause externe telle que la sorcellerie ou le mauvais sort pour l'expliquer (Reverzy et al., 1987; Thomas, 1988).

En effet, beaucoup de gens de la communauté haïtienne adoptent une conception surnaturelle pour comprendre la réalité. Aussi, ils font souvent appel à la fatalité, à Dieu et au diable pour justifier ce qui leur arrive (Adrien et coll., 1990). Ainsi, la sorcellerie est souvent utilisée pour expliquer les phénomènes tels que : la folie, les nouvelles maladies, la mort et le suicide. Autrement dit, tout ce qui dépasse la compréhension simple, qui dépasse les connaissances traditionnelles, qui sort de la réalité quotidienne est dite « surnaturelle » donc causé par une puissance anthropomorphique extérieur à la personne (Ackermann & Gauthier, 1996).

En Haïti, la santé comme la vie sont considérées comme des dons de Dieu. La maladie physique dans les limites comprises est acceptable, autrement, elle est perçue comme le résultat d'un mauvais sort qui nécessite l'intervention d'un prêtre vaudou. Pour ce qui est

de la maladie mentale, qui plus souvent qu'autrement est incompréhensible par l'Haïtien, il va chercher des causes et origines surnaturelles pour l'expliquer. Il en est de même pour quelqu'un qui se tue, car ce n'est pas une mort naturelle, ce n'est pas une mort venant de Dieu (Bathalien, 1991). Ainsi, les croyances populaires haïtiennes expliquent que la mort d'une personne peut être le résultat d'une possession surnaturelle (mauvais esprit qui lui veut du mal) qui va le contraindre à se tuer. De même, le suicide peut être attribué à un mauvais sort provenant de quelqu'un qui veut se venger (Thomas, 1988).

En somme, l'individu suicidaire est dépossédé de ses moyens et n'a plus le pouvoir sur sa propre vie. Ainsi, à partir de ces informations, on peut avancer l'hypothèse que le suicide dans la communauté haïtienne est représenté comme un acte d'impuissance.

### ***6.2.2. Suicide en Italie***

Malgré le fait que le suicide est difficile à étudier en Italie, plusieurs études ont été publiées sur le sujet (Crepet et al., 1991; Domino & Perrone, 1993; Esposito & Petrone, 1988 ; Perrone & Domino, 1993).

D'après ces études, l'Italie est un pays à tradition catholique très forte où la morale est bien établie. En effet, le suicide est fortement défendu à partir des valeurs religieuses. De plus, la pression sociale très présente au sein de la communauté est défavorable à l'acte suicidaire. Ainsi, au niveau familial et social le suicide est un acte honteux qu'il faut cacher. Cela va même jusqu'à la discrimination sociale de la personne qui a attenté à ses jours ou de la famille de celle-ci, dans le sud du pays (Crepet et al., 1991).

Domino (1993) dans son étude réalisée auprès de médecins italiens sur les attitudes face au suicide, mentionne que les résultats obtenus n'illustrent pas la réalité italienne. Néanmoins, on apprend que le suicide est généralement considéré dans la société comme une maladie mentale, car ainsi le suicidaire n'est pas tenu responsable de son acte et n'en subit pas les conséquences néfastes (Domino & Perrone, 1993).

### *6.2.2.1. Représentation sociale du suicide en Italie*

À partir des quelques études traitant du suicide, il est possible de rassembler des éléments qui permettent d'avoir une hypothèse de la RS du suicide en Italie (Crepet et al., 1991; Domino & Perrone, 1993; Esposito & Petrone, 1988 ; Perrone & Domino, 1993).

Les fortes valeurs religieuses, les traditions morales bien établies, ainsi que la forte pression sociale anti-suicide font en sorte qu'on peut avancer l'hypothèse que le suicide dans la communauté italienne est représenté comme un acte immoral.

### *6.2.3. Suicide en Amérique latine*

En 1981, Mishara et Tousignant soulignaient que le suicide était presque absent de la littérature scientifique de l'Amérique latine. Plus de vingt ans plus tard, la situation n'a presque pas changée, encore peu d'études sont réalisées sur la problématique du suicide dans les pays de l'Amérique latine. Cependant, il existe quelques informations, car des recherches complétées aux Etats-Unis permettent de faire un peu de lumière sur le sujet. Ainsi, certaines études portant sur les Mexicain-américains, les Cubains ou les Mexicains donnent un peu d'informations sur les attitudes, croyances, perceptions et valeurs rattachées au suicide dans la culture latino-américaine (Garcia & Marotta, 1997; Markides, 1981; Queralt, 1993).

En Amérique latine, les enseignements de l'église catholique sont très présents. Aussi, le suicide est perçu comme un péché, et l'on croit que ceux qui le commettent amènent la honte sur la famille (Rasmussen, Negy, Carlson, & Burns, 1997; Ungemack & Guarnaccia, 1998). De plus, dans les sociétés de l'Amérique latine la vie familiale et le réseau social occupent une grande place dans la vie de l'individu. Ainsi, les normes et

valeurs culturelles font en sorte que les Latino-américains ont une attitude négative envers le suicide. Tous ces éléments rendent l'option suicide non acceptable (Domino et al., 1981; Rasmussen et al., 1997; Ungemack & Guarnaccia, 1998).

En dépit du peu de données disponibles, on peut tout de même avancer à partir de ces informations que le suicide est considéré comme un comportement anémique qui appelle une cause extrême telle que la coupure du réseau familial et/ou social et/ou religieux pour l'expliquer. En somme, l'individu est anormalement déconnecté de tous ses réseaux et sombre dans le désespoir.

#### *6.2.3.1. Représentation sociale du suicide en Amérique latine*

Le suicide est un phénomène très peu abordé dans la littérature latino-américaine. Cependant, à partir des études menées aux États-Unis ci-dessus mentionnées, sur le suicide dans les communautés hispanophones, il est possible de ressortir certains éléments principaux dans la problématique, qui permettent d'élaborer une hypothèse sur les RS du suicide dans la communauté latino-américaine.

Ainsi, à partir de ces informations, on peut avancer l'hypothèse que le suicide dans la communauté latino-américaine est représenté comme un acte dyssocial.

#### *6.2.4. Suicide au Québec*

Dans la communauté québécoise de souche francophone, le suicide est un phénomène très étudié. Une panoplie d'études cherchant à décrire, comprendre et expliquer la problématique existe depuis plus de deux décennies (Breton et al., 1998; Chagnon, 2000; D'Amours, 1995; Gratton, 1996; Labelle, Gagnon, Séguin, & Lachance, 2003; Mishara, 2003; Mishara, 1995; Mishara & Tousignant, 1983; Tousignant, 1991).



Au Québec, la société a beaucoup changé au cours des cinquante dernières années. D'une société très traditionnelle (catholique, grande famille) il y a eu un virage vers une société individualiste. Par conséquent, l'emphase est mise sur la croissance personnelle, l'autonomie, l'indépendance et l'épanouissement de l'individu. Ces changements sociaux ont aussi affecté la cellule familiale. Ainsi, la structure familiale de même que les relations entre les hommes et les femmes et le rôle de chacun des membres au sein de la famille ont changé. De plus, avec les divorces et les reconstructions familiales en grand nombre, la famille n'est plus l'unité forte et solidaire qu'elle était jusqu'au début des années soixante-dix (Tousignant, Hamel, & Bastien, 1988). Ainsi, la société n'exerce plus de pression sociale au niveau des conduites familiales et sociales, ni au niveau des choix de vie, mais plutôt au niveau de la réussite (D'amours, 1997 ; Lesage, 1995). En somme, ces changements vers l'indépendance individuelle ont eu comme effets secondaires l'effritement du tissu social, le repli des individus sur eux-mêmes et plus d'isolement.

La perte du tissu social et l'isolement sont des facteurs d'importance dans la problématique du suicide. En général, le suicide n'est pas accepté dans la communauté québécoise de souche francophone, par contre il est banalisé, et vu comme une solution acceptable à certains problèmes majeurs, il y a donc une permissivité sociale ( Lewis, 2001; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998; Tremblay & Légaré, 2001).

Gratton dans une étude réalisée en 1996 auprès des adolescents québécois de souche francophone avance que le suicide est un mal d'être. Ses études de cas, ont permis d'élaborer une typologie du suicide chez les jeunes (Gratton, 1996). Ainsi, le suicide chez les jeunes n'est pas principalement dû à des problèmes de santé physique ou mentale, ni d'ordre matériel (échec scolaire, chômage, pauvreté...) mais le résultat d'une quête non atteinte de sens à la vie.

En somme, lorsque la vie ne semble plus avoir de sens, que les souffrances psychiques et/ou physiques sont intolérables, qu'il semble ne plus avoir de gain à vivre, le suicide devient une option raisonnable.

#### *6.2.4.1. Représentation sociale du suicide au Québec*

Les diverses études réalisées au Québec, permettent de tirer la conclusion suivante quant à la RS du suicide. En effet, la désorganisation de la famille, le désengagement de la société au niveau des choix individuels, le rejet de la religion et l'emphase sur l'autonomie et la réussite personnelle font en sorte qu'au sein de la communauté québécoise de souche francophone, on peut avancer l'hypothèse que le suicide est représenté comme un acte raisonné.

### ***6.3. Représentations sociales du suicide chez les adolescents dans différentes communautés ethnoculturelles***

Les études présentées permettent de voir que les attitudes varient d'une culture à l'autre, de même que la pression sociale exercée par la communauté. Ainsi, on s'aperçoit qu'en plus du genre qui est très étudié, la culture est un facteur dont il faut tenir compte dans la problématique du suicide.

Si l'on regarde la littérature interculturelle, on s'aperçoit qu'outre la culture, la période de développement identitaire et sociale qu'est l'adolescence est aussi un facteur à considérer lors des études sur les représentations sociales.

Vraisemblablement, les adolescents issus de communautés culturelles se trouvent dans une situation particulière, car ils ont été au moins confrontés à deux types de représentations sociales, celle de la communauté d'origine, et celle de la communauté d'accueil. En effet, pour un enfant c'est la famille le premier agent de socialisation, et on y promeut des représentations sociales marquées par la culture du pays d'origine qui diffèrent dans la plupart des cas de ceux du pays d'accueil (Altamirano, 1997). Mead dans ses études sur la transmission culturelle mentionne que l'expérience différente des

adolescents immigrants de leurs parents peut favoriser une coupure de la transmission culturelle, ce qui résulte en des nouvelles représentations sociales (Mead, 1971).

Donc, prenant en compte la migration des individus, il est intéressant de comparer les adolescents non seulement de part leur appartenance ethnique et lieu de naissance, mais aussi en fonction de leur identité ethnique, leur type d'acculturation et le nombre d'années au Québec afin de vérifier si l'on retrouve les mêmes regroupements de variables.

#### ***6.4. Synthèse***

En résumé, à partir des données disponibles dans la littérature on avance les postulats qui suivent :

- 1) Les notions de spiritualité et de lien familial vont être des éléments majeurs formant la principale RS de la communauté haïtienne.
- 2) Les notions de morale et de lien familial vont être des éléments majeurs formant la principale RS de la communauté italienne.
- 3) Les notions de religion et de lien familial vont être des éléments majeurs formant la principale RS de la communauté latino-américaine.
- 4) Les notions de droit et de potentiel vont être des éléments majeurs formant la principale RS de la communauté québécoise.

Jusqu'à présent, aucune étude n'a été réalisée sur la représentation sociale du suicide dans les communautés ethnoculturelles. La présente étude ne prétend pas pouvoir faire la lumière sur toutes les dimensions d'une problématique aussi complexe que le suicide, mais d'analyser les RS comme une dimension significative dans la compréhension du phénomène suicidaire dans les communautés ethnoculturelles. Ainsi, elle permettra de constituer le champ des représentations du suicide des adolescents provenant de différentes communautés ethnoculturelles et de vérifier certaines hypothèses présentées dans le chapitre suivant.

## **Deuxième section**

### **CHAPITRE 7 MÉTHODOLOGIE**

Cette section comprend l'objectif et les hypothèses de l'étude suivi de la description de la méthodologie utilisée. Tout d'abord, l'objectif et les hypothèses sont présentés, ensuite, les choix méthodologiques sont expliqués. Puis, comme l'étude s'est réalisée en trois étapes, (entrevues, questionnaires et entrevues de groupe) la présentation de la méthodologie est divisée en trois grandes sections correspondant aux différents types de collecte de données. Chaque section comprend la présentation des participants, de l'instrument de mesure utilisé, de la procédure de collecte et les techniques d'analyse des données. Par la suite, les variables de l'étude sont présentées et finalement, les considérations éthiques sont abordées.

#### ***7.1. Objectif principal et hypothèses de l'étude***

##### ***7.1.1. Objectif principal***

Étant donné qu'il n'y a pas d'étude sur les RS du suicide dans les communautés étudiées, l'objectif principal de cette étude est d'identifier et de comparer les représentations sociales du suicide qu'ont les adolescents des communautés haïtienne, latino-américaine et québécoise.

### *7.1.2. Hypothèses*

À l'aide des entrevues auprès des informateurs clés, des études sur le suicide dans la communauté québécoise et des minimes études portant sur le suicide dans les communautés culturelles on s'est aventuré à élaborer les hypothèses qui suivent.

#### *7.1.2.1. Hypothèses principales*

Plus spécifiquement, on étudiera les hypothèses suivantes :

- La principale représentation sociale du suicide chez les adolescents haïtiens ou d'origine haïtienne est un acte d'impuissance.
- La principale représentation sociale du suicide chez les adolescents latino-américains ou d'origine Latino-américaine est un acte dyssocial.
- La principale représentation sociale du suicide chez les adolescents québécois de souche francophone est un acte raisonné.

#### *7.1.2.2. Hypothèses secondaires*

À partir des études réalisées auprès des communautés ethnoculturelles et des diverses informations recueillies quant aux attitudes, croyances et valeurs, les hypothèses secondaires suivantes ont été rédigées (Bagley & Ramsay, 1989; D'Amours, 1995; Domino & Leenars, 1989; Domino & Perrone, 1993; Dorvil, 1988; Lester & Akande, 1994; Perrez Barrero, 1998; Thomas, 1988; Veilleux et al., 1993).

Une croyance assez répandue dans les communautés culturelles est qu'une personne qui attente ou met fin à sa vie souffre d'une maladie mentale. Alors :

- Une majorité d'adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine vont adhérer à l'idée que le suicide est souvent dû à une maladie mentale tandis que ce sera une minorité chez les Québécois de souche francophone.

La notion de recherche d'attention est de plus en plus répandue dans la population québécoise grâce aux médias. De plus, plusieurs programmes de prévention y mettent l'emphase pour outiller les adolescents afin d'aider leurs amis suicidaires. Alors :

- Une majorité d'adolescents de toutes les communautés vont adhérer à l'idée que la tentative de suicide peut être accompli pour rechercher l'attention. De plus, le pourcentage sera plus élevé chez les adolescents québécois de souche francophone.

Dans les communautés haïtienne et latino-américaine où la vie est considérée comme un don de Dieu, la notion du droit de mourir vient à l'encontre de cette croyance. Alors :

- Une majorité d'adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine seront en désaccord avec la notion du droit de mourir, tandis que les adolescents québécois de souche francophone seront en accord.

Dans les communautés haïtienne et latino-américaine, les valeurs traditionnelles et religieuses sont encore présentes chez les adolescents, ce qui n'est plus le cas dans la communauté québécoise. Alors :

- Une majorité d'adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine vont admettre que l'affiliation religieuse influence les comportements en regard du suicide, tandis que les adolescents québécois de souche francophone seront indécis.
- De même, une forte majorité des adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine vont admettre que l'éclatement de la famille et les relations familiales dysfonctionnelles vont favoriser la tentative de suicide, tandis que chez les adolescents québécois de souche francophone le pourcentage sera moindre.

Dans la communauté québécoise il y a une permissivité sociale relative au suicide. Alors :

- Une majorité d'adolescents québécois de souche francophone vont approuver l'idée que le suicide est un acte normal, tandis que les adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine seront majoritairement en désaccord.

Les valeurs judéo-chrétiennes sont encore très présentes chez les adolescents de la communauté latino-américaine, elles sont modérées dans la communauté haïtienne et presque inexistantes dans la communauté québécoise de souche francophone. Alors :

- Une majorité d'adolescents latino-américains vont adhérer à l'idée que le suicide est un acte immoral, les adolescents haïtiens seront partagés, tandis que les adolescents québécois de souche francophone seront en désaccord.

Étant donné que le mode d'acculturation peut avoir un lien avec les croyances, perceptions et attitudes par rapport au suicide on peut alors avancer que :

- Les adolescents haïtiens ou latino-américains ayant l'assimilation comme mode d'acculturation auront une attitude globale plus positive quant au suicide que ceux qui sont intégrés ou ethnocentriques.
- Les adolescents haïtiens ou latino-américains ayant l'intégration comme mode d'acculturation auront une attitude globale plus positive quant au suicide que ceux qui sont ethnocentriques.

Finalement, vu que la problématique suicidaire est différente dans la population masculine et féminine, il apparaît opportun dans le cadre des hypothèses secondaires, outre la question de l'ethnie d'apporter une attention particulière au genre. Ainsi, on verra au sein de chaque communauté comment les adolescentes se situent par rapport aux adolescents.

## ***7.2 Choix méthodologiques***

La méthodologie de cette recherche a été choisie en fonction de plusieurs considérations. Tout d'abord, étant donné l'absence d'étude antérieure sur les RS du suicide au sein des communautés ethnoculturelles, une étude exploratoire a été réalisée en premier lieu auprès d'adultes informateurs. Il s'agissait principalement d'identifier les principes qui organisent les RS des communautés. Cette information recueillie à l'aide des entrevues a permis de bonifier le questionnaire qui a été rempli par les adolescents. Par la suite, afin de compléter les données recueillies à l'aide du questionnaire des entrevues de groupe ont été réalisées.

Ainsi, une approche mixte (méthode qualitative et quantitative) a été privilégiée afin de pouvoir explorer le phénomène dans toute sa complexité (Brannen, 1992; Glaser & Strauss, 1967). Cette pluralité de méthodes a permis tout d'abord d'identifier les RS du pays d'origine auprès des informateurs-clés, de bonifier le questionnaire, et par la suite de valider ou infirmer les RS auprès des adolescents par la passation des questionnaires et des entrevues de groupe.

Deuxièmement, il s'agit d'une recherche locale, car elle porte uniquement sur les adolescents de la région de Montréal-Centre. La ville de Montréal a été choisie pour mener la recherche en raison de la forte population immigrante qui y réside. En effet, cette région se démarque du reste du Québec de part sa population multiethnique, en sorte que la généralisation au Québec sera difficile, voire impossible. Enfin, il s'agit d'une recherche synthétique comparative, car elle montre les ressemblances et les différences que l'on peut observer chez les adolescents des différentes communautés et ce, pour différentes variables (Contandriopoulos, Champagne, L., Denis, & Boyle, 1990).



### ***7.2.1. Méthode qualitative***

La méthode qualitative est une source précieuse d'information. Elle permet d'appréhender et de comprendre un objet d'étude dans sa totalité en tenant compte de son contexte (Massé & Vallée, 1992; Miles & Huberman, 1994). Cette démarche est tout à fait appropriée pour l'étude d'un nouvel objet, car elle permet d'explorer l'objet d'étude dans une démarche non réductionniste.

### ***7.2.2. Méthode quantitative***

La méthode quantitative a comme base un raisonnement déductif. À partir des informations connues et d'une méthode rigoureuse le chercheur élabore des hypothèses, qu'il va tester (Howell, 1999).

### ***7.2.3. Méthode mixte***

Dans le cadre de cette recherche, on a opté pour l'usage de ces deux méthodes (qualitative et quantitative), car elles se complètent bien (Patton, 1980). D'un côté, la méthode qualitative a fourni des informations essentielles afin de développer les hypothèses et de rédiger les questions supplémentaires de l'étude. D'autre part, la méthode quantitative a permis de tester les hypothèses de la recherche et de pallier à la critique adressée à la méthode qualitative, soit sa grande subjectivité.

Ainsi, les données utilisées dans cette étude ont été recueillies à partir des techniques suivantes : entrevues individuelles semi-structurées, questionnaires et entrevues de groupe. Ces techniques ont fourni des informations complémentaires qui ont permis d'avoir une vision plus complète du phénomène suicidaire dans les communautés. Cette

mixité méthodologique permet d'aborder la problématique à l'étude en prenant en considération plusieurs types d'informations, ce qui augmente la fiabilité des résultats (Angers, 1992).

Les procédures de cueillette de données ont été réalisées en trois phases. Tout d'abord, les entrevues ont été réalisées auprès des informateurs-clés, puis, il y a eu la passation des questionnaires auto-administrés aux adolescents des écoles secondaires participantes et finalement des entrevues de groupe auprès des adolescents. La collecte des données s'est réalisée, d'octobre 2001 à mai 2004 pour les entrevues. Puis, de septembre 2002 à juin 2004 pour la passation des questionnaires et de septembre 2002 à septembre 2004 pour les entrevues de groupe.

### ***7.3. Entrevue auprès des informateurs-clés***

#### ***7.3.1. Participants***

##### ***7.3.1.1. Définition de la population à l'étude***

La première étape de la recherche a été menée tout d'abord auprès de 14 informateurs-clés adultes afin de recueillir l'information nécessaire pour bonifier le questionnaire.

Au départ, on prévoyait environ 15 entrevues, mais comme la recherche a été quelque peu modifiée en cours de route, de nouvelles entrevues ont été rajoutées. Ainsi, il y a eu huit entrevues supplémentaires suite à la décision de remplacer l'échantillon italien par l'échantillon latino-américain.

### *7.3.1.2. Sélection et lieu de recrutement*

Afin de recruter les informateurs-clés deux techniques d'échantillonnage non probabiliste ont été utilisées. Tout d'abord, la technique de l'échantillonnage par choix raisonné a été utilisée, puis celle boule de neige (Contandriopoulos et al., 1990). Pour débiter, des collègues de travail connaissant le travail et l'implication de certains intervenants les ont désignés comme pouvant être des informateurs de qualité. Par la suite, certains informateurs référaient d'autres collègues ou amis qui correspondaient aux critères recherchés. Les informateurs-clés ont été choisis dans les différentes communautés selon leur origine ethnique, leur profession (professionnels de la santé ou des services sociaux) et leur connaissance de la culture de la communauté. Parmi les informateurs-clés des communautés haïtienne, italienne et Latino-américaine 94% ont émigrés au Québec.

Les informateurs-clés travaillent soit dans des organismes publics (hôpitaux et CLSC) ou communautaires, oeuvrant soit auprès des adolescents et/ou auprès des communautés culturelles. En effet, des informateurs-clés bien sélectionnés peuvent procurer des réponses très valables en raison de leurs connaissances spécifiques (Contandriopoulos et al., 1990).

### *7.3.1.3. Taille de l'échantillon*

Pour l'analyse des entrevues auprès des informateurs-clés, quatre ou cinq entrevues pour les communautés haïtienne, italienne ou québécoise de souche francophone permettaient d'atteindre une saturation des informations. Cependant, pour la communauté Latino-américaine, étant donné que plusieurs pays sont regroupés sous ce terme, un plus grand nombre d'entrevues a été réalisée afin de s'assurer que la principale RS du suicide est similaire dans les divers pays de l'Amérique latine. Après huit entrevues auprès d'informateurs-clés provenant de différents pays il est possible d'avancer que la principale RS est semblable. Comme plusieurs entrevues ont été réalisées dans la

communauté italienne elles feront partie de l'analyse. Ce qui totalise 22 entrevues auprès des informateurs-clés dont huit hommes et 14 femmes avec une moyenne d'âge de 45 ans.

### ***7.3.2. Instrument de mesure***

Un plan d'entrevue reprenant les principaux concepts de la RS a été spécifiquement élaboré pour la recherche en vue d'identifier les RS des communautés sélectionnées (Annexe-). Afin de valider cet instrument, deux étapes ont été réalisées. La première étape de validation était la validation de construit, elle s'est réalisée à l'aide de cinq experts en RS et en suicidologie; ils devaient vérifier la pertinence des questions quant à leur contenu théorique (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1995). La seconde étape était la validation du phrasé pour ce faire, trois entrevues ont été réalisées auprès de différents professionnels provenant des communautés. Ils devaient évaluer la clarté et la compréhension des questions de l'entrevue. Suite à ces deux étapes, des modifications quant à l'ordre des questions ont été apportées, et l'instrument était prêt pour la collecte des données.

En tout premier lieu, des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de quatre ou cinq informateurs-clés (femmes, hommes) des communautés sélectionnées. Les entrevues se réalisent sous forme de rencontres d'échange sur des thèmes préalablement définis. Le plan d'entrevue s'est articulé autour des concepts issus du modèle théorique, en d'autres mots autour des concepts considérés essentiels dans la construction de la représentation sociale, soit les valeurs, les perceptions, les croyances et les attitudes. Le plan d'entrevue a été élaboré à partir des informations recueillies dans la littérature. Ainsi, les questions de l'entrevue ont été inspirées des questions utilisées dans des études similaires réalisées sur les différents thèmes abordés. Les questions ont été pré-testées auprès des intervenants psychosociaux ou de la santé des trois communautés qui ne participaient pas dans l'étude.

La méthode d'entrevue utilisée est celle axée sur la réponse. Cette entrevue est semi-structurée, son principal objectif est de recueillir l'information sans toutefois prendre en compte l'ordre d'apparition, elle est caractérisée par un certain contrôle de l'interviewer. De plus, elle a une structure minimale (plan préétabli) qui correspond aux thèmes devant être couverts au cours de la rencontre (Lessard-Hébert et al., 1995). L'entrevue semi-structurée durait en moyenne une heure. Le plan d'entrevue comprend cinq sections dont trois correspondant aux concepts à ajouter au questionnaire (croyances, perceptions, valeurs) plus deux sections reliées aux attitudes et à l'identité ethnique. La première section aborde les perceptions de la communauté face au suicide. La seconde permet d'identifier les valeurs de la communauté rattachées au suicide. La troisième section aide à définir les attitudes de la communauté quant au suicide. La quatrième consiste à déterminer les comportements et croyances retrouvés dans la communauté par rapport au suicide, tandis que la cinquième permet d'énumérer les comportements qui démontrent l'identité ethnique (annexe 1).

### ***7.3.3. Procédure de collecte***

Une entrevue semi-structurée a été réalisée auprès des informateurs-clés de chaque communauté sur leur lieu de travail. Au début de l'entrevue, la recherche est présentée brièvement à l'informateur-clé, par la suite, le déroulement de l'entrevue est exposé. Avant de débiter l'entrevue, l'informateur-clé devait lire et signer le formulaire de consentement garantissant la confidentialité de la démarche et stipulant l'accord d'un enregistrement audio phonique (Annexe 2). Toutes les entrevues suivaient le même format et duraient en moyenne une heure. Cependant, la question de l'identité culturelle n'a pas été posée à tous les informateurs-clés de la communauté latino-américaine car après quatre entrevues il y avait saturation des données pour cette question.

Les questions de l'entrevue étaient ouvertes ce qui permettait aux informateurs-clés d'exprimer leur point de vue avec un bon niveau de liberté et d'organiser les informations comme ils le leur convenaient. Dans les cas où ils s'éloignaient trop du sujet, ils étaient

recentrés par une reformulation de la question. Cette façon de recueillir les données permet à l'interviewé d'approfondir et de développer sa vision de la problématique abordée. De plus, les notes de terrain rédigées pendant et après l'entretien suite à des échanges sont aussi prises en considération. Les entrevues ont permis de déterminer les attitudes, les croyances, les perceptions et les valeurs reliées au phénomène suicidaire dans les communautés.

L'analyse des entrevues a servi à rédiger les choix de réponses des questions supplémentaires portant sur les croyances, les comportements, les perceptions et les valeurs destinés aux adolescents. Ainsi, les réponses à ces questions ont permis de rassembler les informations sur les différents concepts qui forment la représentation sociale du suicide et d'identifier les principes organisateurs des RS des communautés et de bonifier le questionnaire administré aux adolescents. Dans une situation normale étant donné que la transmission culturelle se fait par les parents, les adolescents partagent la même RS que les adultes.

#### ***7.3.4. Analyse des entrevues***

L'analyse classique de contenu a été utilisée pour le traitement des données qualitatives. Cette analyse s'est réalisée en trois étapes. Tout d'abord, les entrevues ont été retranscrites mot à mot à partir du logiciel de traitement de texte Word (verbatim), puis, il y a eu un découpage en unité de sens. Par la suite, les éléments des verbatims sur la problématique suicidaire ont été codifiés afin d'être repartis dans les différentes catégories prédéterminées. Une fois les verbatims codifiés et catégorisés, il était alors possible de faire ressortir les éléments communs et significatifs. Par la suite, les différentes catégories d'un même thème ont été mises en relation afin de faire ressortir la principale RS des communautés (Miles & Huberman, 1994).

La grille d'analyse utilisée pour le classement des énoncées comprend les dimensions suivantes :

- Attitudes quant au suicide, au suicidé et au suicidaire
- Énumération des croyances quant au suicide
- Perception du suicide par la population, par les proches
- Description des valeurs rattachées au suicide

À partir des données des entrevues, des sous-dimensions ont émergées. Pour chaque entrevue, l'analyse de contenu a permis de construire un tableau descriptif qui donne une vue d'ensemble et fait ressortir les éléments qui organisent le discours.

Dans un deuxième temps, une analyse transversale a été réalisée sur l'ensemble des entrevues de la même communauté, ce qui a permis de relever les dimensions les plus saillantes dans la communauté.

Dans un troisième temps, une analyse transversale a été réalisée sur l'ensemble des entrevues des différentes communautés, ce qui a permis de comparer les catégories; de relever les similitudes et les différences.

Ces tâches ont été indépendamment réalisées par deux individus au doctorat afin de valider le processus par un accord inter-juges. Cet accord montre une concordance inter-juges relativement élevée de 85%. Les désaccords ont été résolus par discussion et compromis.

## **7.4. Questionnaire**

### **7.4.1. Participants**

#### *7.4.1.1. Sélection et lieu de recrutement des sujets*

Les données utilisées dans cette seconde partie de l'étude ont été recueillies auprès des adolescents du second cycle du secondaire qui fréquentent des écoles de la Commission Scolaire de Montréal (CSDM) et de la Commission Scolaire de la Pointe de l'Île (CSPI), principalement dans le cadre du cours de formation morale et personnelle.

Les questionnaires ont été administrés aux adolescents au cours des années 2002, 2003 et 2004, dans six écoles secondaires de Montréal-Centre. De cette banque de données ont été exclus tous les élèves qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche. Cette démarche a nécessité la participation de plusieurs classes avant d'atteindre le nombre de participant recherché. Dès le départ, l'objectif était d'identifier et de comparer les RS de trois communautés (haïtienne, italienne, québécoise de souche francophone), mais quelques difficultés sont apparues au cours de la collecte des données par questionnaire. Tout d'abord, on s'est aperçu qu'on retrouvait peu d'élèves italiens dans les classes, malgré le fait qu'il y avait des fortes concentrations d'italiens dans les quartiers. Après avoir enquêté sur la question, on a découvert que les adolescents italiens vont en majorité à l'école secondaire anglophone, même après avoir fait leurs études primaires à l'école francophone. De plus, la majorité des adolescents italiens qui fréquentent l'école francophone vont à l'école privée. Cet état de fait a occasionné un retard considérable, car il a fallu entreprendre des démarches assez longues auprès des écoles anglophones et privés pour finalement changer de communauté, car à chaque école après plusieurs étapes dans le processus de demande d'autorisation, en fin de compte, il y avait un refus de participer à l'étude.



Ainsi, il a été décidé de remplacer la communauté italienne par la communauté Latino-américaine. Une école supplémentaire a été ajoutée aux cinq écoles de départ. Suite à cette démarche, les différents échantillons ont été complétés.

Pour la passation des questionnaires la technique de l'échantillon accidentel a été utilisée, tous les adolescents se trouvant en secondaire 3, 4 et 5 dans les classes sélectionnées ont eu la possibilité de participer à l'étude (Contandriopoulos et al., 1990).

La décision de se limiter aux adolescents de 14-17 ans (secondaire 3 à 5) vient du fait qu'étant donné que le questionnaire est non nominatif, ces derniers peuvent décider eux-mêmes de leur participation. Ce qui allège le processus de collecte des données.

Au départ, douze écoles secondaires publiques de la région de Montréal-Centre ayant une forte concentration ethnique ont été invitées à participer à l'étude. Une lettre adressée au directeur de l'école était envoyée par courrier électronique (courriel). De ces douze écoles, une a accepté d'emblée de participer, après une relance téléphonique trois autres ont accepté de participer. Ces écoles font parties de la Commission Scolaire de Montréal (CSDM) et de la Commission scolaire de la pointe de l'île (CSPI). Par la suite, après plusieurs démarches téléphoniques deux autres écoles CSPI ont accepté de participer pour un total de six écoles. Il y avait en moyenne une douzaine de classe par école qui participaient, ce qui donne un total de 54 classes ayant participé à l'étude.

#### *7.4.1.2. Taille de l'échantillon*

La taille de l'échantillon pour la collecte de données par questionnaire a été déterminée à partir du nombre de questions du principal instrument afin d'avoir une bonne puissance statistique (0.80). Vu que le questionnaire comporte 58 questions, et qu'il y a trois sous-groupes, un échantillon de cent (100) répondants par communauté est considéré amplement suffisant pour avoir une bonne puissance statistique lorsqu'un seuil alpha de 0,05 est recherché. Étant donné qu'il était difficile de compléter le troisième échantillon

d'autres écoles ont été ajoutées par la suite, ce qui résulte en un surnombre des deux premiers échantillons .

Après l'élimination de tous les élèves qui ne correspondaient pas aux critères sélectionnés, l'étude porte sur 548 adolescents (filles et garçons) appartenant aux communautés haïtienne (217), latino-américain (119) et québécoise (212). Ce nombre est suffisant pour effectuer des analyses statistiques désirées (Cohen, 1988; Howell, 1999).

L'échantillon final est composé de 217 Haïtiens, 114 Latino-américain et 212 Québécois de souche francophone. Le taux de participation a été de 99,9%; à l'exception d'un adolescent tous les élèves présents en classe ont rempli le questionnaire. Cependant, un questionnaire a été annulé, car il était évident que l'adolescent avait répondu n'importe quoi, et cinq autres ont été mis à l'écart car ils manquaient des informations primordiales pour la recherche.

#### *7.4.1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion*

À partir de la recension des écrits une liste des critères d'inclusion et d'exclusion a été dressée afin de contrôler toutes les variables qui pourraient avoir une influence sur la RS des adolescents d'une communauté. Des variables du questionnaire permettaient de vérifier ces critères.

Les critères d'inclusion sont les suivantes:

- Être âgé de 14, 15, 16 ou 17 ans,
- Être de parents d'origine ethnique haïtienne, latino-américaine, ou québécoise de souche francophone (sont considérés comme Québécois de souche francophone les adolescents dont la famille est implantée au Québec depuis six générations)
- Résider au Québec depuis au moins 5 ans,
- Résider sur l'île de Montréal,

- Maîtriser la langue française.

Les critères d'exclusion sont les suivantes:

- Être l'enfant d'un couple mixte (parents d'origine ethnique différente),
- Être un enfant adopté d'une origine ethnique différente de celle des parents.

Ainsi avant d'inclure un adolescent dans les analyses on s'assurait que les critères étaient respectés.

#### *7.4.2. Instruments de mesure*

Le questionnaire auto-administré anonyme a été choisi comme principal instrument de collecte de données, car c'est une technique qui permet d'avoir des réponses honnêtes non censurées à des questions délicates comme le suicide, compte tenu de sa nature confidentielle et anonyme (Patton, 1980).

L'élaboration du questionnaire de l'étude a été un long processus. En effet, vu l'absence d'étude quantitative portant sur les RS du suicide, il a fallu s'inspirer de plusieurs études et instruments de mesure pour la construction du questionnaire de la recherche. Tout d'abord, les concepts appropriés ont été identifiés, ensuite des instruments de mesure ont été sélectionnés, puis modifiés (traduit, raccourci, bonifié) afin de correspondre aux besoins de l'étude et d'autres questions ont été ajoutées suite aux entrevues.

Étant donné que la presque totalité des questions utilisées dans l'instrument provient d'échelles sur les attitudes, l'identité ethnique et l'acculturation qui ont été validées à tous les niveaux, il n'y a que les questions portant sur les croyances, les perceptions et les valeurs qui ont fait l'objet d'une validité de contenu (Domino, 1982; Sayegh, 1992; Zak, 1973). Pour ce faire, cinq experts dans le domaine du suicide ou des RS ont été consultés.

Les commentaires et suggestions qu'ils ont formulés ont été pris en considération dans la rédaction et la mise en page des questions ajoutées.

Afin de vérifier la validité des énoncés de l'instrument au niveau de la clarté, il a été pré-testé auprès de divers groupes d'adolescents provenant des différentes communautés sélectionnées. Ils devaient compléter le questionnaire et le commenter par écrit directement sur le questionnaire et/ou oralement lors des échanges après la complétion, quant au phrasé, à la clarté et à la compréhension des énoncés. À la suite de ce pré-test, des modifications ont été apportées, entre autres, certains mots ont été remplacés par des synonymes plus simples. Les 24 adolescents qui ont participé au pré-test répondaient aux critères sociodémographiques de sélection de l'étude, cependant, ils ne fréquentaient pas les écoles où l'étude devait être réalisée. Ainsi, les pré-tests ont permis d'améliorer l'instrument final qui a été utilisé pour l'étude.

Le questionnaire de l'étude est divisé en trois parties. La première partie porte sur les attitudes, les croyances, les perceptions et les valeurs quant au suicide. Afin de déterminer les RS six sous-échelles d'attitude du SOQ de Domino (1982) ont été utilisées puis des questions sur les croyances, les perceptions, et les valeurs. La seconde partie évalue l'identité ethnique et le mode d'acculturation et pour ce faire les deux questions inspirées du modèle des modes d'acculturation de Berry (1980) et Lasry et Sayegh (1992) ont été utilisées (Berry, 1980; Domino, 1982; Sayegh, 1992). Finalement, la dernière partie est constituée des questions d'ordre sociodémographique et psychosocial qui servent à définir le portrait des répondants par rapport aux variables d'intérêt pour l'étude. On y retrouve entre autres, l'âge, le sexe, le pays de naissance, et l'affiliation et la pratique religieuse (annexe 3).

Il est à noter que les échelles et sous-échelles mentionnées sont les principales et non les seules qui ont été consultées pour construire le questionnaire de la recherche.

#### *7.4.2..1. Questionnaire sur les attitudes*

Comme mentionné auparavant, les données sur les attitudes de la présente étude proviennent du fichier de données créé à partir du questionnaire SOQ abrégé, traduit et bonifié. Le questionnaire a été modifié puisqu'il n'est pas a priori destiné à l'étude des représentations sociales du suicide. Ainsi, le questionnaire SOQ original n'étant pas désigné pour saisir la richesse des représentations sociales des adolescents, certaines questions non pertinentes pour la recherche ont été supprimées et des questions supplémentaires y ont été ajoutées. Le SOQ a été sélectionné comme outil de base pour mesurer les attitudes principalement pour sa simplicité et sa diversité, il couvre une variété de thèmes quant aux connaissances, aux croyances et aux attitudes.

Le SOQ original comporte 107 questions (100 sur les attitudes et 7 facteurs sociodémographiques) de type Likert allant de 1 (totalement en accord) à 5 (totalement en désaccord) que le sujet s'auto-administre. Ces items font référence à l'évaluation d'un vaste éventail d'attitudes quant au suicide. Ces items ont été divisés en plusieurs facteurs qui facilitent l'analyse des résultats. Les énoncés du questionnaire sont clairs et simples, le langage familier et sans terme scientifique, ce qui permet sa compréhension qu'importe l'âge de l'individu et son niveau d'éducation. Ces caractéristiques du SOQ en font un instrument appréciable pour la population adolescente. Cependant, on ne retrouve aucune étude publiée sur la fiabilité de l'instrument et la stabilité des facteurs déterminés par Domino (Domino, 1982). Ainsi, l'interprétation des résultats varie d'un auteur à l'autre. Pour éviter les limites du SOQ ci-dessus mentionnées, seule les sous-échelles ayant une bonne consistance interne ont été retenues pour l'étude (Rogers, 1993). De plus, vu que le modèle original n'aborde pas tous les thèmes de l'étude, une version abrégée du questionnaire a été utilisée comme modèle de base à la construction d'un questionnaire spécifique à l'étude. Ainsi, des huit thèmes de l'instrument original, il n'en reste que six dans la version abrégée (58 items). Ces thèmes sont : la maladie mentale, la recherche d'attention, le droit de mourir, la religion, la normalité, et la moralité. Pour les fins de la recherche, on n'a retenu que les items qui évaluent les attitudes du répondant par rapport au suicide et non à l'euthanasie.

Pour les besoins de l'étude, une version française des questions utilisées du SOQ a été développée avec l'autorisation de l'auteur. Pour ce faire, la méthode de traduction « Back translation » a été utilisée (Brislin, 1986). Ainsi, la version originale anglaise a été traduite par deux personnes bilingues en français. Par la suite, afin de vérifier l'équivalence de la traduction, les versions françaises, ont été retraduites par deux autres personnes bilingues en anglais puis comparées avec la version originale. Les énoncés qui ne concordaient pas avec la version originale ont été discutés, afin d'adopter la meilleure traduction en prenant compte qu'il sera administré à des adolescents.

Il est à noter que certaines questions présentent le contraire du thème sous lequel elles sont regroupées. Alors, lors du calcul des scores, le pointage de ces questions a été inversé.

#### *7.4.2.2. Questions supplémentaires*

Les questions supplémentaires ont été créées à partir de la compilation des entrevues réalisées auprès des informateurs-clés appartenant aux différentes communautés ethnoculturelles sélectionnées. Les questions ajoutées touchent les dimensions suivantes:

- les perceptions (Exemple : D'après toi, quelle description correspond le mieux à la personne suicidaire?)
- les valeurs (Exemple : Généralement, dans ma communauté on croit que le suicide est un choix individuel?)
- les comportements (Exemple : As-tu déjà songé sérieusement au suicide?)

Ainsi, dans le cadre de l'étude l'instrument utilisé pour identifier les RS comporte 58 questions du SOQ et des questions supplémentaires, ce qui totalise 67 questions (Annexe 3).

#### 7.4.2.3. *Autres questionnaires*

Des volets supplémentaires ont été ajoutés à la recherche afin de mieux cerner la RS des adolescents des différentes communautés ethnoculturelles. Ainsi l'identité ethnique et l'acculturation ont été mesurées.

Finalement, le questionnaire de la présente étude a été inspiré par plusieurs outils de mesure soit, l'échelle d'opinion sur le suicide de Domino (1982), l'échelle du mode d'acculturation de Berry (1980), l'échelle d'identité ethnique de Zak (1973), l'échelle d'identification culturelle de Lasry et Sayegh (1992).

##### 7.4.2.3.1. Identité ethnique

L'identité ethnique est mesurée à partir des réponses des adolescents aux deux questions sur l'identification culturelle inspirée de Berry (1980) et de Sayegh et Lasry (1992) (Annexe 3). L'identité ethnique des répondants est évaluée à l'aide d'une échelle de type Likert en 10 points allant de « pas du tout » (1) à « complètement » (10) aux items suivants:

- 1) Le degré d'identification à la communauté d'origine
- 2) Le degré d'identification à la communauté d'accueil.

Cette échelle permet d'évaluer de façon générale l'identification à la culture d'origine et à la culture d'accueil à partir d'une vision bidimensionnelle. Effectivement, selon Zak (1973) l'identification à la culture du pays d'origine et l'identification à la culture du pays d'accueil ne se situent pas à deux pôles opposés d'un continuum, mais sont deux entités distinctes, non corrélées qui se développent simultanément. Ainsi, l'adolescent peut s'identifier à la communauté d'origine aussi bien qu'à la communauté d'accueil.

#### 7.4.2.3.2. Mode d'acculturation

Les modes d'acculturation sont obtenus à partir des réponses des adolescents aux mêmes deux questions sur l'identification culturelle inspirée de Zak (1973), Berry (1980) et de Sayegh et Lasry (1992) (Annexe 3).

Le mode d'acculturation des adolescents est déterminé en dichotomisant chaque échelle en son point milieu (5.5). À partir des réponses on retrouve quatre modes d'acculturation; l'intégration, l'assimilation, l'ethnocentrisme et la marginalisation. Lorsque le répondant s'identifie fortement aux deux cultures il y a intégration. S'il s'identifie fortement à la culture d'accueil mais faiblement à la culture d'origine il s'agit d'assimilation. L'ethnocentrisme est l'identification forte à la culture d'origine et faible à la culture d'accueil, tandis que la marginalisation c'est l'identification faible aux deux cultures.

#### 7.4.3 *Procédure de collecte*

Une partie de la collecte de donnée s'est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Suite à l'accord, des directions d'école et des professeurs concernés, de participer à l'étude, plusieurs périodes de cours étaient accordées pour la collecte. Lors de ces périodes, précédant la passation du questionnaire, la recherche était brièvement présentée aux répondants. De plus, on leur expliquait en quoi consistait leur participation ainsi que les consignes d'usage. Puis, le formulaire de consentement était lu à voix haute par la chercheuse. Ainsi, les adolescents savaient que les informations recueillies à l'aide du questionnaire demeureront confidentielles et anonymes et que leur participation était sur une base volontaire; ils étaient libres d'y répondre ou non (Annexe 4). La chercheuse restait disponible tout au cours de la passation pour répondre aux questions.

Le questionnaire final a été administré à des adolescents des classes normales du deuxième cycle du secondaire, dans le cadre du cours d'enseignement moral ou de formation personnelle et sociale; c'est un échantillon accidentel. Ainsi, tous les



adolescents présents en classe au moment de la passation du questionnaire ont eu la possibilité de participer à l'étude (Contandriopoulos et al., 1990). La passation se déroulait de manière collective dans les salles de classe. Les élèves disposaient de la période du cours pour compléter le questionnaire. Le temps requis en moyenne pour compléter le questionnaire variait entre 30 à 45 minutes pour les différents niveaux. Avant la fin du cours, tous les questionnaires étaient ramassés et il y avait une période de temps, plus ou moins longue (selon la durée du cours) allouée pour échanger sur le questionnaire et discuter de la problématique du suicide.

Pour des raisons d'éthique tous les adolescents présents dans les salles de cours où ont été administrés les questionnaires ont été invités à y répondre. Cependant, dans le cadre de la thèse, seulement les questionnaires remplis par les adolescents provenant des communautés ethnoculturelles sélectionnées et répondant aux critères choisis font partie des analyses.

#### ***7.4.4. Analyse des questionnaires***

L'analyse des questionnaires a été réalisée en quatre étapes. En premier lieu, on présente une analyse descriptive de l'échantillon (chapitre 9), puis des analyses sont réalisées sur les attitudes (chapitre 10). Elles sont suivies d'analyses sur les représentations sociales (chapitre 11) et finalement on reprend ces analyses en considérant l'identité ethnique, le mode d'acculturation et les variables relatives à l'intégration (chapitre 12). Avant de compléter chaque test statistique, les conditions de base d'application ont été vérifiées.

Des analyses statistiques descriptives ont été calculées pour caractériser les répondants en fonction des variables dépendantes, sociodémographiques et psychosociales. Ainsi, un portrait de l'échantillon est présenté avec les pourcentages ainsi que les analyses de khi-carrés ( $\chi^2$ ) (chapitre 9).

Ensuite, les attitudes sont tout d'abord décrites, puis présentées selon les communautés avec les moyennes (plus la moyenne est élevée plus il y a désaccord), les écart-types et les pourcentages d'accord, puis elles sont comparées. Suite aux statistiques descriptives des analyses multivariées (MANOVA) sont réalisées, suivi d'analyse de contraste, avec pour variables indépendantes la communauté ethnoculturelle et le sexe et comme variables dépendantes les sept sous-échelles d'attitude.

Par la suite, une analyse discriminante a été réalisée sur les attitudes; elle vient seconder l'analyse multivariée (MANOVA). Cette analyse a pour objectif d'identifier les plus importantes variables qui distinguent les trois communautés, et de fait, permet de prédire la communauté d'appartenance de chaque sujet. Autrement dit, elle permet de déterminer les variables attitudinales prédictives de l'appartenance à une communauté (chapitre 10).

Suite aux analyses attitudinales, les analyses des représentations sociales sont réalisées en quatre étapes. En première étape, une analyse descriptive est accomplie. Ensuite, afin de trouver les principes organisateurs des RS, la méthode d'analyse des données proposées par Doise et Lorenzi-Cioldi (1992) a été utilisée.

Il s'agit tout d'abord, de faire une analyse factorielle en composante principale à partir des différentes variables du questionnaire sur l'échantillon global, afin de voir les regroupements ou divers facteurs qui se forment. Cette analyse multivariée est réalisée avec comme variables dépendantes les sept sous-échelles d'attitude, les croyances, les perceptions, les valeurs et la pratique religieuse. Les variables ayant les plus fortes saturations sur le facteur vont permettre de lui donner un sens, de le décrire. Une fois les facteurs formés, chaque répondant a des scores factoriels qui permettent de déterminer sa position sur chaque facteur.

Subséquemment, à partir des scores factoriels, il devient possible de déterminer les prises de positions intergroupes en fonction de la communauté d'appartenance, à l'aide d'une analyse de variance multivariée MANOVA. L'analyse de variance multivariée permet d'évaluer l'hypothèse d'une relation (à partir des différences de moyennes) entre les

différents facteurs et les trois communautés en évitant les problèmes de comparaisons multiples. Le seuil des probabilités requis pour considérer un résultat significatif est fixé à 0,05. Si les « p » de l'analyse multivariée ou des analyses univariées sont significatifs des analyses de contrastes sont réalisées (Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi, 1992).

Finalement, une analyse factorielle est réalisée à partir des scores factoriels en fonction du genre (chapitre 11).

Des analyses descriptives ont été accomplies sur les échelles d'identité ethnique et d'acculturation globalement, et selon les communautés culturelles. La statistique du khi-carré est utilisée pour les comparaisons intergroupes. Ensuite, des analyses de variances sont complétées sur différents éléments constitutifs de la RS en fonction des modes d'acculturation. Par la suite, une série d'analyse de variance est réalisée afin de vérifier les hypothèses secondaires quant au mode d'acculturation. Finalement, les RS sont présentées en fonction des communautés et des modes d'acculturation (chapitre 12).

## ***7.5. Entrevue de groupe***

### ***7.5.1. Participants***

À l'instar des questionnaires, les participants des entrevues de groupe sont des adolescents.

#### ***7.5.1.1. Sélection et lieu de recrutement des sujets***

Une partie du recrutement des adolescents pour l'entrevue de groupe s'est réalisée sur une base volontaire auprès de ceux qui ont répondu au questionnaire administré dans leur salle de classe. Ainsi, après la complétion du questionnaire la chercheuse recrutait un minimum de cinq adolescents qui correspondaient au profil recherché pour participer à une entrevue de groupe sur le suicide. Les premiers adolescents « appropriés » étaient systématiquement invités à participer jusqu'à l'acceptation de huit adolescents.

Il leur était aussi demandé d'inviter leurs amis du deuxième cycle du secondaire appartenant à la même communauté culturelle, qui seraient intéressés à participer à la discussion. Il s'agit donc d'un échantillon boule de neige (Contandriopoulos et al., 1990).

Malgré le tirage d'un certificat cadeau parmi les adolescents qui participent à l'entrevue de groupe, et la distribution d'une collation lors des rencontres après l'école, très peu d'adolescents se sont présentés aux rendez-vous. À plusieurs reprises, les quelques adolescents (deux ou trois) qui se sont déplacés pour la discussion ont dû être remerciés de leur bonne volonté, faute d'avoir le nombre nécessaire afin de réaliser la rencontre. Ainsi, dans les écoles, sur un total de 22 entrevues de groupe où la chercheuse s'est présentée 7 ont eu lieu (4 auprès de la communauté haïtienne, 2 de la communauté québécoise et 1 de la communauté latino-américaine) dont deux ne sont pas considérées dans les analyses fautes d'enregistrement audiophonique. Deux autres entrevues de groupe ont été réalisées auprès des adolescents qui n'avaient pas préalablement répondu au questionnaire, pour un total de 7 entrevues de groupe à analyser.

#### *7.5.1.2. Taille de l'échantillon*

Pour chaque communauté, plusieurs entrevues de groupe ont été réalisées afin de bien cerner la problématique. Les entrevues de groupes étaient formées de 5-6 adolescents, de 14 à 17 ans, qui avaient pour la plupart complété préalablement le questionnaire sur les RS du suicide. Ce nombre de participants par groupe en facilite la gestion et permet d'avoir une communication directe et dynamique au sein du groupe. La saturation des données est l'élément qui permettait de déterminer le nombre des entrevues de groupe par communauté. Dans les premières écoles, la communauté haïtienne était très bien représentée, alors plusieurs entrevues de groupe ont eu lieu, mais seulement trois entrevues de groupe ont été analysées. Par la suite, les entrevues de groupe étaient analysées au fur et à mesure. On a réalisé deux entrevues dans la communauté latino-américaine et

deux dans la communauté québécoise, cela permettaient d'atteindre la saturation. On considérait qu'il y avait saturation lorsque les entrevues de groupe ne permettaient pas d'ajouter de nouvelles informations. Alors, un total de sept entrevues de groupe a été utilisé dans les analyses.

### ***7.5.2. Instrument de collecte***

Comme dans le cas des entrevues individuelles, les différentes dimensions de la RS ont servi à définir les thèmes (attitudes, croyances, perceptions et valeurs) abordés au cours de l'entrevue de groupe. Les questions étaient à quelques modifications près, les mêmes que celles des entrevues individuelles. L'entrevue de groupe était une rencontre de discussion et d'approfondissement (Annexe 5).

Les questions étaient ouvertes et de nature assez générale ce qui permettait à tous les adolescents de pouvoir participer aux échanges et d'exprimer librement leurs opinions. Lorsque la discussion s'éloignait trop du sujet abordé, les adolescents étaient recentrés soit par une reformulation de la question ou une répétition de la dernière intervention pertinente.

### ***7.5.3. Procédure de collecte***

Au début de la rencontre le rôle de facilitateur de la chercheuse était expliqué. Ainsi, les participants savaient qu'on animerait la rencontre (poser les questions, recentrer la discussion, reformuler les opinions) sans prendre part à la discussion. Plusieurs adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine se sentaient un peu mal à l'aise au début des rencontres, mais dans presque tous les cas, après quelques minutes de discussion et en leur faisant une place pour qu'ils puissent s'exprimer, le malaise était dissipé et ils participaient.

Les entrevues de groupe ont eu lieu dans chaque communauté et duraient en moyenne une heure; elles étaient formées de 5 ou 6 adolescents afin de maximiser le niveau d'échange. Avant que ne débute les rencontres, un formulaire de consentement garantissant la confidentialité des données et stipulant l'enregistrement de la session a été lu par l'interviewer et signé par les adolescents (Annexe 6). Les rencontres avaient lieu dans les écoles, soit sur l'heure du dîner ou après les cours. La saturation des données a permis de déterminer le nombre d'entrevues de groupe par communauté.

#### *7.5.4. Analyse des entrevus de groupes*

Comme pour l'analyse des entrevues, l'analyse de contenu en trois étapes a été utilisée puis l'analyse transversale et finalement les accords inter-juges ont été réalisés.

Tout d'abord, les entrevues de groupe ont été retranscrites mot à mot à partir du logiciel de traitement de texte Word (verbatim), puis, il y a eu un découpage en unité de sens. Par la suite, les éléments pertinents des verbatims sur la problématique suicidaire ont été codifiés afin d'être repartis dans les différentes catégories prédéterminées. Une fois les verbatims codifiés et catégorisés, il était alors possible de faire ressortir les éléments communs et significatifs. Par la suite, les différentes catégories d'un même thème ont été mises en relation afin de faire ressortir la RS des communautés (Miles & Huberman, 1994).

La même grille d'analyse que pour les entrevues a été utilisée pour le classement des énoncées. Elle comprend les dimensions suivantes :

- Attitudes quant au suicide, au suicidé et au suicidaire
- Énumération des croyances quant au suicide
- Perception du suicide par la population, par les proches
- Description des valeurs rattachées au suicide

À partir des données des entrevues de groupe des sous-dimensions ont émergées. Pour chaque entrevue de groupe, l'analyse de contenu a permis de construire un tableau descriptif qui fait ressortir les principaux éléments qui organisent le discours.

Dans un deuxième temps, une analyse transversale a été réalisée sur l'ensemble des entrevues de groupe de la même communauté, ce qui a permis de relever les dimensions les plus saillantes dans la communauté.

Dans un troisième temps, une analyse transversale a été réalisée sur l'ensemble des entrevues de groupe des différentes communautés, ce qui a permis de comparer les catégories; de relever les similitudes et les différences.

Ces tâches ont été indépendamment réalisées par deux individus afin de valider le processus. par un accord inter-juges. Cet accord montre une concordance inter-juges relativement élevée de 90%. Les désaccords ont été résolus par discussion et compromis.

## ***7.6. Variables à l'étude***

### ***7.6.1 Variables indépendantes***

La principale variable indépendante de l'étude est la communauté ethnoculturelle d'appartenance. Les communautés de Montréal sélectionnées sont les communautés suivantes :

- communauté haïtienne : toutes personnes nées en Haïti ou de parents nés en Haïti,
- communauté latino-américaine : toutes personnes nées en Amérique Latine ou de parents nés en Amérique latine,
- communauté québécoise : toutes personnes nées de parents québécois de souche francophone.

## 7.6.2 Variables dépendantes

### 7.6.2.1. Attitudes

Le SOQ comporte plusieurs thèmes qui forment des sous-échelles dont : la maladie mentale, la recherche d'attention, le droit de mourir, la religion, la normalité, la moralité et le lien familial quant au suicide.

Des sous-échelles ont été proposées par Domino et ses collaborateurs et plusieurs autres chercheurs dans différentes études afin de faciliter l'interprétation du questionnaire (Domino, 1996, 1982; Rogers, 1993). Dans un souci de garder le questionnaire concis afin que tous les adolescents aient le temps de le compléter à l'intérieur d'une période de classe, les sous-échelles les plus appropriées pour l'étude sont celles sélectionnées.

#### a) *Maladie mentale*

La maladie mentale est composée de 10 items (1, 10, 17, 19, 21, 29, 33, 38, 50, 57) qui relient le suicide à la maladie mentale.

#### b) *Recherche d'aide*

La recherche d'attention est composée de 11 items (7, 16, 18, 26, 27, 32, 37, 43, 46, 51, 55) qui suggèrent que les verbalisations et tentatives suicidaires ne sont que des façon de rechercher l'attention.

#### c) *Droit de mourir*

Le droit de mourir est composé de huit items (5, 6, 9, 14, 25, 36, 42, 54) qui font références au droit de la personne de s'enlever la vie en toute dignité.

#### d) *Religion*

La religion est composée de sept items (4, 12, 22, 41, 44, 49, 52) qui mettent en lien les croyances religieuses et le suicide.



*e) Normalité*

La normalité/ acceptabilité est composée de six items (2, 24, 30, 31, 34, 47) qui suggèrent que le suicide est un phénomène normal dont potentiellement tous peuvent être victimes.

*f) Moralité*

La moralité est composé de quatre items (5, 28, 35, 48) qui suggèrent que du point de vue moral le suicide est condamnable.

*g) Lien familial*

Étant donné que les entrevues démontraient que la famille jouait un rôle important le lien familial composé de trois items (20, 40, 53) qui suggèrent que les liens familiaux ont une influence sur les comportements suicidaires a été évalué.

#### *7.6.2.2. Autres variables dépendantes*

*a) Croyances, perceptions et valeurs*

À partir des entrevues réalisées auprès des informateurs-clés et de la recension des écrits, des variables perceptuelles (images et sentiments), sur les croyances et sur les valeurs ont été ajoutées; items 59- 67 (annexe 3).

*b) Représentation sociale*

La principale variable dépendante de la recherche est la représentation sociale, dans le cadre de l'étude elle est construite à partir de l'interaction de toutes les variables dépendantes précitées (attitudes, croyances, perceptions et valeurs).

### **7.6.3 Variables intermédiaires**

#### *a) Identité ethnique*

L'identité ethnique est calculée à partir des items 68 et 69, qui composent deux sous-échelles; l'identification au pays d'origine et l'identification au pays d'accueil.

#### *b) Mode d'acculturation*

Le mode d'acculturation est déterminé à partir de la mise en commun des scores aux items 68 et 69 dichotomisé au milieu (5,5) afin d'identifier le degré d'appartenance aux communautés d'origine et d'accueil.

#### *c) Variables comportementales*

L'idéation suicidaire, la tentative et la probabilité d'une tentative à vie sont les variables comportementales considérées.

### **7.6.4. Variables sociodémographiques et psychosociales**

Les variables sociodémographiques et psychosociales retenues pour l'étude sont : le sexe, l'âge, la langue, le lieu de naissance, le lieu de naissance des parents, le nombre d'année au Canada, l'affiliation et la pratique religieuse, l'environnement social et l'intégration à la société québécoise.

#### *a) Langue*

Le concept de la langue désigne la capacité d'une personne à utiliser une langue.

#### *b) Lieu de naissance,*

Le concept du lieu de naissance désigne la province ou le territoire de naissance d'une personne née au Canada ou le pays de naissance d'une personne née à l'extérieur du Canada.

*c) Lieu de naissance des parents,*

Le concept lieu de naissance des parents désigne la province, le territoire de naissance des parents nés au Canada ou le pays de naissance des parents nés à l'extérieur du Canada.

*d) Origine ethnique*

Le concept d'origine ethnique tente de déterminer l'appartenance à une communauté ethnoculturelle d'une personne et ce à partir du groupe ethnique, du lieu de naissance, et de la langue maternelle de la personne, ainsi que du groupe ethnique des parents, et du lieu de naissance des parents et des grands-parents.

*e) Nombre d'année au Canada,*

Le nombre d'année au Canada désigne la période de temps depuis que la personne habite au Canada.

*f) Affiliation religieuse*

L'affiliation religieuse indique si oui ou non une personne s'identifie à un groupe ou un organisme religieux, une secte, un culte ou une communauté de croyants, et le cas échéant, le nom du groupe.

*g) Pratique religieuse*

La pratique religieuse indique si oui ou non une personne se considère pratiquant c'est-à-dire qu'elle participe à des rencontres/services religieux.

## ***7.7 Considérations éthiques***

Dans un premier temps, des entrevues ont eu lieu auprès d'informateurs-clés adultes, auxquels le projet d'étude a été présenté et un formulaire de consentement distribué

(Annexe 5). Ils avaient le libre choix de participer à la recherche. Toutes les informations recueillies ont été traitées de façon confidentielle.

Dans un second temps, soit lors de la passation des questionnaires, le projet d'étude a été présenté aux adolescents avant la distribution du questionnaire. L'adolescent qui acceptait de participer recevait un questionnaire. Tous les participants étaient libres de répondre ou non aux questions. Toutes les informations ont été recueillies et traitées de façon confidentielle. Le questionnaire avait au préalable été pré-testé auprès des adolescents n'appartenant pas à l'échantillon, quant à son acceptabilité par les adolescents en fonction du contenu, de la formulation des questions et du temps requis pour le compléter.

Le professionnel de la santé (infirmière, travailleur social, psychologue) affilié à l'école venait rencontrer la classe ou était présenté après la passation du questionnaire. Ainsi, si l'adolescent désirait recevoir de l'aide il avait dans son milieu une personne ressource à qui s'adresser. De plus, les coordonnées des ressources d'aide ont été distribuées à tous les adolescents à la fin du cours, dans la majorité des classes (Annexe 7).

De même, avant que ne débute l'entrevue de groupe, le projet d'étude était présenté et un formulaire de consentement garantissant la confidentialité des données et stipulant l'enregistrement de la session était lu par la chercheuse (Annexe 2). L'adolescent pouvait refuser de participer sans qu'aucun reproche ne lui soit fait. Toutefois, aucun adolescent n'a refusé de participer. Afin de formaliser son acceptation, le participant signait le formulaire de consentement. Les adolescents étaient libres de répondre aux questions formulées dans le cadre de l'entrevue de groupe et pouvaient à tout moment arrêter de participer s'ils en exprimaient le désir, toutefois, cela ne s'est pas produit.

## CHAPITRE 8

### REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES ADULTES DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES

Afin d'identifier et de comparer les RS des adolescents des communautés ethnoculturelles, il a d'abord fallu identifier les RS véhiculées dans ces communautés auprès d'informateurs clés adultes, étant donné le manque de littérature à ce sujet. Ils avaient comme mandat d'aider à dresser le tableau des RS de leur communauté. Les résultats des entrevues auprès des informateurs-clés des communautés sont présentés tout d'abord, en fonction des différentes dimensions de la RS abordées. Dans une première phase, les attitudes, les croyances, les perceptions et les valeurs sont exposées en vue de dégager les liens entre les différents champs de signification. Par la suite, le contenu des représentations du suicide des communautés ethnoculturelles est examiné.

#### **8.1. Attitudes**

Les résultats permettent d'observer que, dans la communauté haïtienne, ce qui ressort le plus quant aux attitudes, ce sont les aspects religieux ou spirituels : « *Ce n'est pas un acte volontaire de la personne qui se suicide. C'est une façon de le voir du côté surnaturel* » H5. Ces aspects font en sorte que le suicide est un acte incontrôlable. Au sein de la communauté italienne, l'attitude prédominante est l'aspect immoral de l'acte suicidaire qui se relie totalement au non droit au suicide. Toutefois, cette immoralité n'est pas directement en lien avec la religion mais plutôt avec la relation familiale. « *Bien, t'as pas le droit non plus d'entacher ce groupe auquel tu appartiens, donc c'est une autre morale que (la morale) religieuse* » I3. Dans la communauté latino-américaine, l'attitude dont tous s'entendent est la relation familiale; elle est primordiale et cela tout au long de la vie. « *Ce (le suicide) n'est pas du tout en lien avec des valeurs tels que la compréhension, la solidarité, la communication qui sont des valeurs familiales* » L1.

Dans la communauté québécoise, l'attitude qui fait l'unanimité selon les informateurs est l'aspect relationnel. Le suicide est en rapport avec les relations familiales difficiles. « *Je*

*pense que ça part de là, tes valeurs, puis ta vie, c'est eux (parents) qui t'ont donné la vie; s'ils te rejettent, qu'ils ne s'occupent pas de toi, je pense que tu vas avoir de gros problèmes et que tu vas peut être penser à te suicider.» Q1*

On constate que l'attitude rattachant les comportements suicidaires au sentiment d'impuissance ressort au sein de toutes les communautés, mais sous différentes formes. Ainsi, pour la communauté haïtienne, l'impuissance est reliée à l'individu suicidaire. En effet, les informateurs de la communauté font tous mention qu'au sein de la population haïtienne, dans la plupart des cas, le suicidaire est considéré comme étant possédé par une force externe qui le dépasse; il n'est plus vraiment maître de ses faits et gestes.

*« L'interprétation que la communauté fera c'est : « ce n'est pas de sa faute », il ne s'agit pas d'un manque de contrôle personnel, mais quelque chose s'est passé qui fait que nous n'avons pas été capables de mobiliser des forces pour contrôler la force destructrice qu'on a déclenché contre lui » H4; « ce qui leur arrive (le suicide) ne provient pas d'eux autres, c'est parce que quelqu'un leur en veut, c'est toujours une force externe » H2; « C'est un acte surnaturel, c'est un acte qui n'a pas de sens » H5. Cet état des faits nous a amenés à adopter le terme incontrôlable plutôt qu'impuissance pour désigner l'acte au sein de la communauté haïtienne.*

En ce qui concerne les informateurs clés de la communauté italienne, ils avancent que l'impuissance est vécue par la famille qui n'arrive pas à donner l'aide nécessaire à l'individu suicidaire. *« ...c'est après coup qu'ils se sentent impuissants parce qu'ils n'ont pas été capables d'agir » I5.*

L'impuissance relevée par les informateurs de la communauté latino-américaine, est celle de la personne face à une situation dont elle n'a pas les habiletés, la capacité, le pouvoir ou les outils nécessaires pour la résoudre; une situation qui dépasse son contrôle. *« Je ne peux rien faire, on ne peut pas m'enlever le problème, on ne peut pas m'enlever la douleur » L7.*

Pour les informateurs de la communauté québécoise, il s'agit de l'impuissance du suicidaire devant les situations de sa vie, qui lui semblent sans issue. « *L'individu se sent impuissant face à sa situation* » Q2; « *C'est un impuissant au long court... quelqu'un a l'impression qu'il a tout essayé et que ça ne marche pas* » Q4.

Tableau 8.1: Attitudes envers le suicide des communautés

Communauté	Citation représentative (attitude)
Haïtienne	« <i>C'est un acte surnaturel, c'est un acte qui n'a pas de sens</i> » H5.
Italienne	« <i>Bien, t'as pas le droit non plus d'entacher ce groupe auquel tu appartiens, donc c'est une autre morale que (la morale) religieuse</i> » I3.
Latino-américaine	« <i>(le suicide) Ce n'est pas du tout en lien avec des valeurs tels que la compréhension, la solidarité, la communication qui sont des valeurs familiales</i> » L1.
Québécoise	« <i>Je pense que ça part de là, tes valeurs, puis ta vie, c'est eux (parents) qui t'ont donné la vie, s'ils te rejettent, qu'ils ne s'occupent pas de toi, je pense que tu vas avoir de gros problème et que tu vas peut être penser à te suicider.</i> » Q2.

## 8.2. Perceptions

Au niveau des perceptions relatives à la problématique suicidaire, les informateurs font ressortir que dans la communauté haïtienne, il y a une forte image négative rattachée à la problématique suicidaire. Le suicidaire est perçu comme étant une personne faible ou possédée et le suicidé est encore considéré comme fou : « *... quelqu'un qui est malade, c'est quelqu'un qu'il faut qu'on prie beaucoup, beaucoup pour, qui est comme possédé de démon ou quelqu'un qui veut lui faire du tort* » H5. Au sein de la communauté italienne, les informateurs mentionnent que la notion de honte est fortement reliée au

suicide. *« C'est pour les familles une grande honte, c'est la perception qu'ils en ont parce que, à quelque part, c'est l'incapacité de la famille de soutenir son jeune... »* I5.

Les informateurs de la communauté latino-américaine soulignent que le suicide est perçu comme quelque chose à contre courant, qui étonne, qui surprend. Le suicidaire est de façon générale perçu négativement, comme quelqu'un d'anormal (bizarre, étrange, fou). Tous s'entendent pour dire que la vie est très valorisée dans la culture latino-américaine, qu'importe si elle comporte des problèmes. *« Le suicide ce n'est pas quelque chose de courant chez nous, on se sent toujours éloignés de ça, ce n'est pas pour nous »* L8.

Toutefois, la notion de désespoir commence à faire surface dans les communautés immigrantes. Ainsi, une majorité des informateurs mentionne qu'il doit y avoir un niveau de désespoir assez élevé chez une personne de leur communauté pour l'amener à attenter à ses jours.

Les informateurs de la communauté québécoise avancent que la notion de maladie revient immanquablement, cependant elle est accompagnée de la souffrance. *« La personne suicidée est perçue comme quelqu'un de très souffrant, pour quelqu'un qui comprend et pour les gens qui ne comprennent pas ou qui ne veulent pas comprendre, comme quelqu'un qui est malade mental »* Q4.

Tableau 8.2 : Perception du suicide des communautés

Communauté	Citation représentative (perception)
Haïtienne	<i>« ... quelqu'un qui est malade, c'est quelqu'un qu'il faut qu'on prie beaucoup, beaucoup pour, qui est comme possédé de démon ou quelqu'un qui veut lui faire du tord »</i> H5.
Italienne	<i>« c'est pour les familles une grande honte, c'est la perception qu'ils en ont parce que, à quelque part c'est l'incapacité de la famille de soutenir son jeune ... »</i> I5.
Latino-américaine	<i>« Le suicide ce n'est pas quelque chose de courant chez nous, on se sent toujours éloignés de ça ce n'est pas pour nous. »</i> L8.
Québécoise	<i>« La personne suicidée est perçue comme quelqu'un de très souffrante pour quelqu'un qui comprend et pour les gens qui ne comprennent pas ou qui ne veut pas comprendre comme quelqu'un qui est malade mental »</i> Q4.



### 8.3. Croyances

Par rapport aux croyances, un résultat mérite d'être mentionné. En effet, malgré la grande médiatisation du suicide à Montréal, les informateurs des communautés haïtienne, italienne et latino-américaine s'entendent pour dire que le suicide est rarement discuté dans leur communauté, et ce, malgré la hausse des tentatives de suicide dans ces communautés, car on croit que cela peut avoir des effets néfastes. « *C'est vraiment un sujet tabou, ils ne vont pas parler de ça vraiment* » H3; « *C'est mal vu, mal perçu, c'est tabou* » I1. « *On en parle à demi voix et toujours avec étonnement* » L3.

Dans la communauté québécoise les informateurs font ressortir que le suicide est librement discuté dans certains milieux, tandis que dans d'autres, c'est encore un sujet qu'on préfère ne pas aborder. « *Par contre, quelqu'un qui a vécu des choses difficiles, qui a évolué dans ça, va peut être plus comprendre et va être plus ouvert à ça, eux autres vont en parler, mais les autres, je pense que pour les autres, ils se ferment les yeux ...* » Q1.

Tableau 8.3 : Croyances des communautés quant au suicide

Communauté	Citation représentative (croyance)
Haïtienne	« <i>C'est vraiment un sujet tabou, ils ne vont pas parler de ça vraiment</i> » H3.
Italienne	« <i>C'est mal vu, mal perçu, c'est tabou</i> » I1.
Latino-américaine	« <i>On en parle à demi voix et toujours avec étonnement</i> » L3.
Québécoise	« <i>Par contre, quelqu'un qui a vécu des choses difficiles, qui a évolué dans ça, va peut être plus comprendre et va être plus ouvert à ça, eux autres vont en parler, mais les autres, je pense que pour les autres, ils se ferment les yeux ...</i> » Q1.

## 8.4. Valeurs

En ce qui a trait aux valeurs, l'analyse des réponses des informateurs permet de réaliser que dans les communautés haïtienne, italienne et latino-américaine, il n'y a aucune situation ou circonstance qui peut rendre le suicide un acte acceptable. Que ce soit principalement à cause des valeurs religieuses pour la communauté haïtienne, « ... *il y a une forte imprégnation spirituelle, que ce soit catholique, vaudou, etc.* » H1; familiales pour la communauté italienne, « ... *ça atteint aussi les valeurs traditionnelles italiennes où la famille elle est extrêmement importante donc, c'est un déshonneur pour la famille ...* » I2; ou les deux pour la communauté latino-américaine, « *La foi est une valeur qui va protéger la personne contre l'atteinte contre sa vie et la famille* » L6. Un élément important qui ressort des entrevues est que l'acte suicidaire reste inacceptable : « ... *pour la communauté, il n'y a rien qui pourrait justifier cela, absolument rien* » I5.

Dans la communauté québécoise, malgré le fait que les informateurs soulignent fortement que le suicide est un problème majeur, il n'en demeure pas moins qu'ils reconnaissent que les valeurs matérialistes et individualistes de la société québécoise font en sorte, qu'en bout de ligne, le suicide reste au niveau de la liberté individuelle; c'est une question de choix. « ... *après qu'on ait tout essayé pour l'aider, s'ils veulent encore passer à l'acte, je pense qu'on ne peut rien faire, puis c'est leur choix* » Q1; « *Il y a peut-être moins de jugement* » Q2.

Tableau 8.4 : Valeurs des communautés quant au suicide

Communauté	Citation représentative (valeur)
Haïtienne	« ... <i>il y a une forte imprégnation spirituelle, que ce soit catholique, vaudou etc.</i> » H1.
Italienne	« ... <i>pour la communauté il n'y a rien qui pourrait justifier cela, absolument rien</i> » I5.
Latino-américaine	« <i>La foi est une valeur qui va protéger la personne contre l'atteinte contre sa vie et la famille</i> » L6
Québécoise	« ... <i>après qu'on ait tout essayé pour l'aider s'ils veulent encore passer à l'acte, je pense qu'on ne peut rien faire, puis c'est leur choix</i> » Q1; « <i>Il y a peut-être moins de jugement</i> » Q2.

## 8.5. Acceptabilité du geste suicidaire

Au sein de la communauté haïtienne, la perception négative, les attitudes religieuses et les valeurs spirituelles rattachées à la problématique suicidaire font en sorte que le suicide n'est pas acceptable. « *Il y a la religion qui est à la base de tout, il n'y a pas de demi-mesure dans la religion, ils sont catholiques à 100% ou ils sont dans le vaudou ou autres, donc, dans ces deux religions là, le suicide est interdit, ce n'est pas acceptable* » H5.

Les attitudes morales pro-vie bien établies, les croyances chrétiennes bien ancrées et les fortes valeurs de solidarité familiale de la communauté italienne font aussi en sorte que le suicide soit perçu négativement. « *... ce n'est pas quelque chose que tu dois faire, tu as une responsabilité, des obligations envers tes parents... envers tes proches en général* » I5; « *... il y a toujours possibilité de tenter d'améliorer la qualité de la vie plutôt que de la supprimer, donc ça devient moral et éthique de ne pas l'enlever* » I2.

Dans la communauté latino-américaine, les religions chrétiennes imprègnent la culture de sorte que la vie est fortement valorisée. De plus, les valeurs familiales tels que la solidarité et l'entraide (font en sorte) que le suicide est évalué négativement et perçu comme un phénomène marginal. « *Moi, je vois la famille, parce que la famille renferme toutes les valeurs morales et religieuses* » L6.

Quant à la communauté québécoise, la forte reconnaissance des droits individuels, la prédominance de l'attitude que le suicide est une demande d'aide, et la croyance qu'il y a une souffrance énorme rattachée à l'acte suicidaire ont pour conséquence qu'il y a une perception mitigée du suicide au sein de la communauté. « *... ils vont dire qu'ils ont le droit, c'est parce qu'ils ont comme valeur la notion du choix face à la mort, choisir sa mort; je pense que ce n'est pas si tranché que ça* » Q2.

## ***8.6. Principaux éléments de la représentation sociale***

À partir des différentes dimensions de la RS analysées, il ressort que les éléments partagés qui organisent les RS sont différents au sein des quatre communautés. En mettant en interaction les différentes dimensions de la RS, il est possible de faire ressortir la ou les principale(s) caractéristique(s) sur laquelle ou lesquelles se basent la RS.

Ainsi, dans la communauté haïtienne, la principale caractéristique de la RS est que le suicide est un acte incontrôlable, qui relève jusqu'à un certain point de la sorcellerie, que l'individu accomplit malgré lui et que la famille n'a pas pu empêcher.

Dans la communauté italienne, la principale caractéristique de la RS du suicide est la brisure de la communication dans la famille, qui occasionne l'isolement de l'individu. Cet isolement, non nécessairement physique mais émotionnel, favorise (crée) une coupure (un détachement) entre l'individu et les «acquis» moraux (culturels) et le met à risque de se suicider. Ce qui amène à considérer le suicide comme un acte immoral.

Au sein de la communauté latino-américaine, les principales caractéristiques de la RS du suicide sont la solitude et le désespoir résultant du manque de foi; deux éléments qui vont à l'encontre des valeurs familiales et religieuses très présentes au sein de la communauté. En effet, l'entraide et la solidarité sont à la base des liens familiaux, tandis que la foi est le pilier de la religion chrétienne. En s'éloignant de ces deux piliers de la culture latino-américaine, l'individu devient à risque suicidaire. Ainsi, le suicide est considéré comme un acte dyssocial.

Il est intéressant de constater que plusieurs sous-éléments de la RS sont similaires au sein de la communauté haïtienne, italienne et latino-américaine. Ainsi, pour les communautés haïtienne et italienne, le suicide représente un acte de trahison envers la famille, et pour les trois communautés, il remet en cause les notions de solidarité et d'entraide familiale qui sont très valorisées.

Dans la communauté québécoise, les perceptions que le suicide est en lien avec la maladie mentale et l'extrême souffrance sont les plus démarquées. De plus, l'attitude que les relations familiales jouent un rôle primordial de vulnérabilité, de même que les croyances mitigées et la prédominance des valeurs individuelles, font en sorte que l'élément principal de la RS est la notion de choix ou plutôt de manque de choix qui amène l'individu à voir le suicide comme une solution raisonnable pour mettre fin à une situation souffrante et qui semble impossible à résoudre.

#### ***8.6.1. Principes organisateurs des représentations sociales des communautés***

En résumé, il ressort de cette étude pilote que dans les communautés, il y a des éléments similaires dans les principes qui organisent la RS. Par exemple, le désespoir qui accompagne l'acte est mentionné par la majorité des informateurs clés. Cependant, certains éléments sont propres à chaque communauté. On retrouve beaucoup d'éléments communs entre les communautés haïtienne et latino-américaine, néanmoins, ces éléments s'organisent différemment pour former des RS distinctes.

## CHAPITRE 9

### PORTRAIT DES ADOLESCENTS DES COMMUNAUTÉS SÉLECTIONNÉES

Avant d'aborder les résultats portant sur les adolescents, il semble approprié d'en dresser un portrait. Ce chapitre le réalise pour chaque communauté en fonction des variables retenues pour l'étude. Tout d'abord, les caractéristiques sociodémographiques sont présentées. Par la suite, les variables influençant l'intégration des jeunes sont abordées. Ensuite, l'évaluation de l'implication des adolescents dans les activités culturelles est présentée. Puis, les variables en lien avec la problématique suicidaire sont exposées.

#### *9.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants*

Les variables sociodémographiques retenues soient : l'origine ethnique, le genre, l'âge, le niveau scolaire, l'identification religieuse, la pratique religieuse de l'adolescent et de ses parents sont présentées.

Tel qu'indiqué au tableau 9.1, les adolescents se répartissent de façon presque équivalente entre les communautés haïtienne (39,6%) et québécoise (38,7%), puis une demi proportion pour la communauté Latino-américaine (21,7%), ( $\chi^2 = 281$ ;  $dl = 4$ ;  $p < 0,001$ ). Les adolescents se répartissent presque également entre filles et garçons pour les communautés haïtienne et québécoise, toutefois, un peu moins de la moitié (42,0%) sont des garçons au sein de la communauté Latino-américaine ( $\chi^2 = 2,893$ ;  $dl = 2$ ;  $p = ns$ ).

La majorité des adolescents sont âgés de 15 (38,8%) ou 16 ans (34,1%). Ainsi, soit (72,7%) des Haïtiens, (65,2%) des Latino-américains et (77,4%) des Québécois de souche francophone se retrouvent dans ce groupe d'âge. Plus d'un cinquième (1/5) des adolescents haïtiens et latino-américains ont 17-18 ans, comparativement à 9,9% des Québécois. Dans la catégorie 13-14 ans il n'y a presque pas de jeunes de la communauté haïtienne (5,1%) cependant, plus 1 adolescent sur 10 des communautés Latino-américaine (11,7%) et québécoise s'y trouve (12,7%) ( $\chi^2 = 27,851$ ;  $dl = 6$ ;  $p < 0,001$ ).

Une grande proportion des adolescents sont en secondaire 4 (61,1%) la différence se distribue en part presque égale entre le secondaire 3 (20,9%) et le secondaire 5 (18,0%). Cette répartition reflète simplement le mode d'échantillonnage, trois fois plus de groupe de secondaire 4 ont participé à l'étude. Toutefois, la proportion des adolescents de la communauté haïtienne est moindre en secondaire 3 que dans les autres communautés. En secondaire 4 les proportions sont plus ou moins égales, tandis qu'en secondaire 5 la proportion des adolescents québécois est moindre (14,6%) comparativement à près de 20% chez les Haïtiens et les Latino-américains ( $\chi^2 = 5,406$ ;  $dl = 4$ ;  $p=ns$ ).

Près de la totalité des adolescents s'identifie à une religion chrétienne (90,8%). La religion catholique est celle de la majorité (62,8%). La plupart des adolescents de la communauté haïtienne s'identifie à la religion protestante (52,3%) tandis que la majorité des adolescents de la communauté latino-américaine (70,3%) et la presque totalité des Québécoise de souche francophone (92,1%) s'identifie à la religion catholique ( $\chi^2 = 52,853$ ;  $dl = 2$ ;  $p < 0,001$ ). Toutefois, près de 6 adolescents sur 10 disent ne pas être pratiquants. Cette proportion se départage de façon inégale entre les communautés. Des adolescents haïtiens 62,4% indiquent être pratiquant par rapport à leur religion, ce pourcentage diminue à 55,1% chez les adolescents latino-américains et atteint 17,6% chez les adolescents québécois de souche francophone ( $\chi^2 = 94,225$ ;  $dl = 2$ ;  $p < 0,001$ ).

On retrouve la même courbe descendante chez les parents, toutefois avec des pourcentages plus élevés, soit 84,4% chez les parents haïtiens, 67,8 % chez les parents latino-américains et 23,3 % chez les parents québécois de souche francophone ( $\chi^2 = 165,521$ ;  $dl = 2$ ;  $p < 0,001$ ).

Tableau 9.1 Caractéristiques des adolescents

Caractéristique	Tous		H		L		Q		$\chi^2$
	N	%	N	%	n	%	N	%	
<b>Origine ethnique (N=548)</b>									
<i>Haïtienne</i>	217	39,6	217	100,0					1096,00***
<i>Latino-américaine</i>	119	21,7			119	100,0			
<i>Québécoise</i>	212	38,7					212	100,0	
<b>Sexe des adolescents (N=547)</b>									
<i>Féminin</i>	280	51,2	105	48,6	69	58,0	106	50,0	2,893
<i>Masculin</i>	267	48,8	111	51,4	50	42,0	106	50,0	
<b>Âge des adolescents (N=546)</b>									
<i>14 ans et -</i>	52	9,5	11	5,1	14	11,9	27	12,7	27,851
<i>15 ans</i>	212	38,8	78	36,1	34	28,8	100	47,2	
<i>16 ans</i>	186	34,1	79	36,6	43	36,4	64	30,2	
<i>17 ans et +</i>	96	17,6	48	22,2	27	22,9	21	9,9	
<b>Scolarité des adolescents (N=545)</b>									
<i>Secondaire 3</i>	114	20,9	36	16,8	27	22,7	51	24,1	5,406
<i>Secondaire 4</i>	333	61,1	134	62,6	69	58,0	130	61,3	
<i>Secondaire 5</i>	98	18,0	44	20,6	23	19,3	31	14,6	
<b>Affiliation religieuse (N=443)</b>									
<i>Catholique</i>	278	62,8	72	37,3	78	70,3	128	92,1	52,853
<i>Protestante</i>	124	28,0	101	52,3	20	18,0	3	2,2	
<i>Autres (humaniste, athée ...)</i>	41	9,3	20	10,4	13	11,7	8	5,8	
<b>Pratique religieuse (N= 538)</b>									
<i>Oui</i>	233	43,3	131	62,4	65	55,1	37	17,6	94,225
<i>Non</i>	305	56,7	79	37,6	53	44,9	173	82,4	
<b>Pratique religieuse parents (N= 532)</b>									
<i>Oui</i>	304	57,1	178	84,4	78	67,8	48	23,3	165,521
<i>Non</i>	223	42,9	33	15,6	37	32,2	158	76,7	

H=Haïtiens; L= Latino-américains; Q=Québécois de souche francophone;  
Autres = Orthodoxe, Juif, Bouddhiste, Hindoue, Musulman, Témoin de Jéhovah, Humaniste, Athée.



## ***9.2. Profil d'intégration des jeunes d'origine haïtienne et latino-américaine***

Au sein des communautés haïtienne et latino-américaine, la majorité des adolescents sont nés au Québec. Ainsi, il s'agit dans 70,8% chez les Haïtiens et dans 52,6 % des cas chez les Latino-américains des adolescents de la deuxième génération.

Près de 8 adolescents sur 10 de la communauté haïtienne sont nés ou sont arrivés au Québec à un très jeune âge. Cette proportion descend à 7 sur 10 dans la communauté latino-américaine. Les mères des adolescents haïtiens ont dans 63,5% du temps entre 16-29 ans au Québec, comparativement à 45,6% des mères Latino-américaines. Quant aux mères ayant moins de cinq ans au pays le pourcentage est de 5,3% pour la communauté haïtienne et 3,5% au sein de la communauté Latino-américaine.

Tableau 9.2 : Profil d'intégration des jeunes d'origine haïtienne et Latino-américaine

Variables d'intégration	Haïtienne		Latino-américaine		$\chi^2$
Lieu de naissance	N	%	n	%	
<i>Québec</i>	153	70,8	61	52,6	281,397***
<i>Haïti</i>	53	24,5	0	0	
<i>Amérique Latine</i>	0	0	47	40,5	
<b>Nbre d'année au Québec</b>					
<i>Moins de 5 ans</i>	13	6,1	9	7,6	21,180***
<i>Entre 6 et 10 ans</i>	29	13,6	25	21,0	
<i>Plus de 10 ans</i>	172	80,4	85	71,4	
<b>Nbre d'année mères au Québec</b>					
<i>Moins de 5 ans</i>	9	5,5	4	3,5	404,528***
<i>6-10 ans</i>	15	9,1	19	16,8	
<i>11-15 ans</i>	18	11,0	33	29,2	
<i>16-29 ans</i>	108	65,9	52	46,0	
<i>30 ans et +</i>	14	8,5	5	4,4	

### 9.3 Implication dans la communauté d'origine

Tel qu'indiqué au tableau 9.3, un tiers (33,1%) des adolescents déclarent participer à des activités culturelles, tandis que deux tiers n'ont jamais participé. Parmi ceux qui participent aux activités, environ la moitié fait une ou deux activités pendant l'année, tandis que 20,3% participent à plus de six activités. Les activités de la communauté culturelle fréquentées sont en premier lieu, avec un pourcentage de 36,1%, les activités d'ordre culturelle (fête nationale, fête spécifique à la communauté) suivi des activités sociales, (22%) et en troisième lieu on retrouve les activités religieuses avec 18,2%.

Tableau 9.3 L'implication dans les activités de la communauté d'origine

Activités	H		L		Q		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	
Participation (N=548)							
Oui	98	46,9	45	38,8	33	15,9	46,528***
Non	111	53,1	71	61,2	174	84,1	
Description activité (N=291)							
Culturelle	54	40,6	22	40,7	29	27,9	46,274***
Religieuse	14	10,5	6	11,1	33	31,7	
Sociale	34	25,6	21	38,9	9	8,7	
Sportive	12	9,0	4	7,4	9	8,7	
Autres	19	14,3	1	1,9	24	23,1	
Fréquence de participation (N=158)							
1-2 fois	48	55,2	24	61,5	13	40,6	4,568
3-5 fois	22	25,3	10	25,6	9	28,1	
6 fois et +	17	19,5	5	12,8	10	31,3	

H=Haïtiens; L= Latino-américains; Q=Québécois de souche francophone

#### ***9.4. Comportements et variables en lien au suicide***

Le tableau 9.4 présente les pourcentages des variables se rapportant au suicide, soit les idéations suicidaires, la tentative suicidaire, la probabilité d'attenter à sa vie, l'exposition au suicide et les liens avec un suicidé.

Plus de trois adolescents sur quatre (78,0%) indiquent qu'ils n'ont jamais songé au cours de leur vie à se suicider, ce pourcentage varie peu d'une communauté à l'autre. La presque totalité des adolescents (90,0%) avouent n'avoir jamais attenté à leur vie. La majorité des adolescents (67,2%) déclarent que la probabilité qu'ils fassent une tentative de suicide au cours de leur vie est presque nulle, tandis que 3,5% avouent une forte probabilité. Dix pour cent des adolescents québécois de souche francophone avouent qu'il y a une probabilité de 50/50 qu'ils fassent une tentative comparativement à 3% des adolescents haïtiens et latino-américains.

Près de 9 adolescents sur 10 de la communauté haïtienne (87,0%) et latino-américaine (85,6%) déclarent qu'aucune personne de leur environnement immédiat ne s'est suicidée, comparativement à 67,8% des Québécois de souche francophone. Parmi les adolescents qui déclarent connaître une personne qui s'est suicidée, plus du tiers des personnes suicidées sont des proches pour les adolescents québécois de souche francophone tandis que pour les adolescents haïtiens et latino-américains dans la majorité des cas ce sont des connaissances (53,6), et 44,4%.

Tableau 9.4 : Les comportements et variables en lien au suicide

Comportements et variables	H		L		Q		$\chi^2$
	n	%	n	%	N	%	
<b>Idéation suicidaire (N=542)</b>							
<i>Oui</i>	40	18,8	27	22,9	52	24,6	2,203
<i>Non</i>	173	81,2	91	77,1	159	75,4	
<b>Tentative suicidaire (N=541)</b>							
<i>Oui</i>	15	7,0	13	11,1	26	12,3	3,501
<i>Non</i>	198	93,0	104	88,9	185	87,7	
<b>Probabilité d'attenter à sa vie (N=537)</b>							
<i>Nulle ~</i>	152	72,0	85	72,6	123	59,1	16,043*
<i>Moins de 50%</i>	47	22,3	24	20,5	54	26,0	
<i>50-50</i>	7	3,3	4	3,4	21	10,1	
<i>Plus de 50%</i>	3	1,4	3	2,6	7	3,4	
<i>Presque 100%</i>	2	0,9	1	0,9	3	1,4	
<b>Exposition au suicide (N=544)</b>							
<i>Oui</i>	28	13,0	17	14,4	68	32,2	27,574***
<i>Non</i>	187	87,0	101	85,6	143	67,8	
<b>Lien avec le suicidé (N=113)</b>							
<i>Famille</i>	4	14,3	3	16,7	11	16,4	9,121
<i>Proche</i>	4	14,3	2	11,1	23	34,3	
<i>Ami</i>	5	17,9	5	27,8	14	20,9	
<i>Connaissance</i>	15	53,6	8	44,4	19	28,4	

## CHAPITRE 10

### ATTITUDES DES ADOLESCENTS DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES

Au cours de ce chapitre, les analyses des attitudes des adolescents des différentes communautés ethnoculturelles sont identifiées et comparées. Elles sont présentées en deux étapes. En première étape, les attitudes des adolescents recueillies à l'aide du questionnaire sont décrites et présentées de façon générale pour chaque communauté puis par sous-échelle, ensuite elles sont comparées, à l'aide d'une analyse de variance multivariée (MANOVA) avec la communauté et le genre comme variables indépendantes. Lors de la seconde étape, on présente les résultats de l'analyse discriminante. Cette analyse discriminante confirme l'analyse multivariée et aide à prédire la communauté d'appartenance des adolescents.

#### ***10.1. Distribution des attitudes des adolescents au sein des communautés ethnoculturelles***

Les tableaux 10.1, 10.2 et 10.3 permettent d'avoir la position des adolescents des communautés haïtienne, latino-américaine et québécoise aux différentes attitudes mesurées par le SOQ. Les items (3 «Les centres de prévention du suicide ne respectent pas le droit d'une personne de s'enlever la vie » et 31 «Selon la théorie de l'évolution, le suicide représente un moyen naturel par lequel les personnes en moins bonne santé mentale sont éliminées) étaient mal compris lors de la passation; ils ont fait l'objet de plusieurs questionnement. Alors, ils ne sont pas considérés dans les analyses.

### ***10.1.1. Distribution des attitudes des adolescents de la communauté haïtienne***

Les statistiques descriptives de la communauté haïtienne montrent que les adolescents ont des fortes adhésions aux items (29 et 57) de la sous-échelle maladie mentale, ceux-ci mentionnent l'obligation d'une psychothérapie pour le suicidaire (85,2%) et que le dépressif est plus à risque de se suicider (81,5%). Les items (10, 38) rattachant le suicide à la maladie mentale (67,3%) et à la solitude vécue par plusieurs suicidés sont les plus rejetés par les adolescents haïtiens.

Les items de la sous-échelle « *recherche d'aide* » auxquels les adolescents expriment fortement leur accord sont : l'appel à l'aide (86,4%) et le non désir de mourir (58,6%) et la recherche d'attention (47,7%). Par ailleurs, ils sont en désaccord qu'il n'aura pas de deuxième tentative de suicide (72,2%).

Les pourcentages d'accord aux items de la sous-échelle « *droit de mourir* » sont tous très faibles contrairement aux pourcentages de désaccord, excepté l'item 54 où 78,0% sont d'accord qu'on n'a pas le droit de s'enlever la vie. Autrement, pour les deux items (#6 et # 9) référant au droit au suicide pour ceux souffrant d'une maladie incurable, près du cinquième des adolescents expriment leur accord. Près de neuf adolescents sur dix ne croient pas que la vieillesse ou l'handicap (item 14) soient des situations pouvant donner droit au suicide (89,3%), ni que le suicide est une affaire personnelle (88,9%).

Trois quart des adolescents expriment qu'il n'y a pas de situation où le suicide est la solution raisonnable (item 24) et 71,9% ne considèrent pas normal le suicide. Quant à la moralité 68,8% déclarent que le suicide est une transgression très grave.

Tableau 10.1 Distribution des attitudes des adolescents haïtiens quant au suicide

Attitudes	N	% Accord	% Indécis	% Désaccord
<b>Maladie mentale (10)</b>				
att1 Personne isolée et dépressive	216	62,5	12,5	25,0
att10 Maladie mentale	214	16,8	15,9	67,3
att17 Personne non responsable	214	19,6	18,2	62,2
att19 Faible caractère	215	25,6	14,9	59,6
att21 Cause politique/ religieuse suicidaire déséquilibré	215	53,5	15,8	30,7
att29 Psychothérapie obligatoire pour suicidaire	217	85,2	10,2	4,6
att33 Facteurs situationnels cause majeur	217	63,9	14,3	21,8
att38 Solitude sentiment plusieurs suicidés	217	6,0	5,1	88,9
att50 Individu plus exigeant et moins flexible	214	49,1	34,1	16,8
att57 Dépressifs plus à risque	217	81,5	10,2	8,3
<b>Recherche d'aide (11)</b>				
Att7 Si Menace passe rarement à l'acte	215	36,3	22,8	40,9
Att16 Ne veulent pas vraiment mourir	215	58,6	19,1	22,3
Att18 Ne peut être dissuadée par une oreille attentive	212	30,7	21,7	47,6
Att26 Tentative prisonniers pour meilleures conditions	215	26,5	29,3	44,2
Att27 Probabilité deuxième tentative presque nulle	217	8,8	19,0	72,2
Att32 Tentative place publique, recherche d'attention	217	47,7	13,0	39,3
Att37 Tentative essentiellement appel à l'aide	214	86,4	4,7	8,9
Att43 Tentative pour attirer attention entourage	217	35,2	19,4	45,3
Att46 Si fait tentative ne souhaite pas vraiment mourir	217	46,8	19,9	33,3
Att51 Majorité tentatives conduit à la mort	213	60,0	17,8	12,2
Att55 Plupart des tentatives se solde par échec	215	35,8	29,8	34,4
<b>Droit de mourir (7)</b>				
Att6 Si maladie incurable devrait avoir droit au suicide	215	20,9	14,9	64,2
Att9 Moyen acceptable fin pour maladie incurable	217	18,4	13,4	68,2
Att14 Acceptable pour personne âgée et handicapée	217	6,5	4,2	89,3
Att25 Empêcher puisque plupart lors crise irrationnelle	213	74,6	17,8	6,6
Att36 Se suicider c'est une affaire personnelle	217	6,0	5,1	88,9
Att42 Devrait exister clinique de suicide	217	9,7	9,3	81,0
Att54 Pas le droit de s'enlever la vie	214	78,0	7,5	14,5



Tableau 10.1 : Distribution des attitudes des adolescents haïtiens quant au suicide (suite)

Attitudes	N	% accord	% Indécis	% Désaccord
<b>Normalité (5)</b>				
Att2 Tout le monde à un moment songe au suicide	217	45,4	11,1	43,5
Att24 Des situations suicide seule solution raisonnable	215	17,2	7,9	74,8
Att30 Suicide comportement humain normal	217	15,7	12,4	71,9
Att34 Quelquefois suicide seule porte de sortie	217	31,8	8,3	59,9
Att47 Chacun à le potentiel de se suicider	213	46,9	11,3	41,8
<b>Moralité (4)</b>				
Att5 Honte si membre famille se suicide	215	24,2	18,6	57,2
Att28 Suicide acte ne pouvant être pardonné	215	35,8	16,3	47,9
Att35 Suicide transgression morale très grave	215	68,8	17,7	13,5
Att48 Suicidé pas enterré dans même cimetière	217	9,3	8,8	81,9
<b>Famille (3)</b>				
Att20 Suicidé provient de famille éclatée	213	28,6	35,2	36,2
Att45 Si sans liens familiaux plus à risque de suicide	215	53,5	21,9	24,6
Att53 Suicidaires ont connu des relations familiales difficiles	214	46,3	25,2	28,5

---

( ) Nombre de question dans la sous-échelle

### ***10.1.2. Distribution des adolescents de la communauté latino-américaine quant aux attitudes***

Au tableau 10.2 on retrouve les positions des adolescents de la communauté latino-américaine. On observe que la presque totalité (95,0%) des adolescents sont d'accord que le suicidaire devrait être obligé de suivre une psychothérapie (item 29) et que le dépressif est plus à risque de se suicider (80,4%). Les items (10 et 17) rattachant le suicide à la maladie mentale (71,5%) et à la non responsabilité de la personne suicidaire (52,1%) sont les plus rejetés par les adolescents.

Les items de la sous-échelle recherche d'aide auxquels les adolescents expriment plus d'accord sont l'appel à l'aide (80,5%) et le non désir de mourir (54,2%). De même, la plupart expriment que la majorité des tentatives conduisent à la mort (77,1%). Par ailleurs, ils sont en désaccord qu'il n'aura pas de deuxième tentative (68,9%)

Très peu d'adolescents sont en accord aux items de la sous-échelle « *droit de mourir* ». Cependant, près de huit adolescents sur dix considèrent qu'on n'a pas le droit de s'enlever la vie (77,3%). De plus, pour les deux items (#6 et # 9) référant au droit au suicide pour ceux souffrant d'une maladie incurable, environ 20% des adolescents expriment leur accord. La quasi-totalité des adolescents ne croient pas que la vieillesse ou l'handicap (item 14) soient des situations pouvant donner droit au suicide (83,1%), ni que le suicide est une affaire personnelle (item 36) (84,0%).

Trois quart des adolescents expriment qu'il n'y a pas de situation où le suicide est la solution raisonnable (item 24) et 75,4% ne considèrent pas le suicide comme un comportement humain normal (71,4%). Aussi, six adolescents latino-américains sur dix déclarent que le suicide est une transgression morale très grave (item 35).

Tableau 10.2: Distribution des attitudes des adolescents latino-américains quant au suicide

Attitudes	N	% Accord	% Indécis	% Désaccord
<b>Maladie mentale (10)</b>				
att1 Personne isolée et dépressive	119	74,0	11,8	14,2
att10 Maladie mentale	119	17,6	10,9	71,5
att17 Personne non responsable	119	25,2	22,7	52,1
att19 Faible caractère	119	29,4	21,8	48,8
att21 Cause politique/ religieuse suicidaire déséquilibré	118	50,0	20,4	29,6
att29 Psychothérapie obligatoire pour suicidaire	119	95,0	5,0	0,0
att33 Facteurs situationnels cause majeur	119	69,8	15,1	15,1
att38 Solitude sentiment plusieurs suicidés	117	80,3	12,0	7,7
att50 Individu plus exigeant et moins flexible	118	41,5	40,7	17,8
att57 Dépressifs plus à risque	118	80,4	13,6	5,0
<b>Recherche d'aide (11)</b>				
Att7 Si Menace passe rarement à l'acte	118	41,5	30,5	28,0
Att16 Ne veulent pas vraiment mourir	119	47,9	25,2	26,9
Att18 Ne peut être dissuadée par une oreille attentive	117	34,2	25,6	40,2
Att26 Tentative prisonniers pour meilleures conditions	118	21,2	32,2	46,6
Att27 Probabilité deuxième tentative presque nulle	119	8,4	22,7	68,9
Att32 Tentative place publique, recherche d'attention	119	48,8	16,8	34,4
Att37 Tentative essentiellement appel à l'aide	118	80,5	8,5	11,0
Att43 Tentative pour attirer attention entourage	117	32,5	29,9	37,6
Att46 Si fait tentative ne souhaite pas vraiment mourir	118	54,2	19,5	26,3
Att51 Majorité tentatives conduit à la mort	118	77,1	10,2	12,7
Att55 Plupart des tentatives se solde par échec	117	37,6	37,6	24,8
<b>Droit de mourir (7)</b>				
Att6 Si maladie incurable devrait avoir droit au suicide	118	17,8	13,6	68,6
Att9 Moyen acceptable fin pour maladie incurable	118	22,0	15,3	62,7
Att14 Acceptable pour personne âgée et handicapée	118	11,0	5,9	83,1
Att25 Empêcher puisque plupart lors crise irrationnelle	118	69,5	19,5	11,0
Att36 Se suicider c'est une affaire personnelle	119	7,6	8,4	84,0
Att42 Devrait exister clinique de suicide	118	13,6	10,2	75,2
Att54 Pas le droit de s'enlever la vie	119	77,3	10,1	12,6

ableau 10.2: Distribution des attitudes des adolescents latino-américains quant au suicide (suite)

Attitudes	N	% accord	% Indécis	% Désaccord
<b>Normalité (5)</b>				
Att2 Tout le monde à un moment songe au suicide	119	50,4	12,6	37,0
Att24 Des situations suicide seule solution raisonnable	118	15,3	9,3	75,4
Att30 Suicide comportement humain normal	119	11,8	16,8	71,4
Att34 Quelquefois suicide seule porte de sortie	119	26,9	8,4	64,7
Att47 Chacun à le potentiel de se suicider	118	34,7	20,3	45,0
<b>Moralité (4)</b>				
Att5 Honte si membre famille se suicide	119	11,8	10,9	77,3
Att28 Suicide acte épouvantable ne pouvant être pardonné	119	35,3	21,8	42,9
Att35 Suicide transgression morale très grave	119	60,5	24,4	15,1
Att48 Suicidé pas enterré dans même cimetière	119	6,7	10,9	82,4
<b>Famille (3)</b>				
Att20 Suicidé provient de famille éclatée	118	39,0	24,5	36,5
Att45 Si sans liens familiaux plus à risque de suicide	118	58,5	16,9	24,6
Att53 Suicidaires ont connu relations familiales difficiles	118	55,1	25,4	29,5

---

( ) Nombre de question dans la sous-échelle

### ***10.1.3. Attitudes des adolescents de la communauté québécoise quant au suicide***

Les positions des adolescents quant aux attitudes mesurées sont retrouvées dans le tableau 10.3. On s'aperçoit que la quasi-totalité expriment une adhésion aux items (29 et 57) de la sous-échelle « *maladie mentale* », ceux-ci mentionnent l'obligation d'une psychothérapie pour le suicidaire (86,2%) et que le dépressif est plus à risque de se suicider (80,5%). Par ailleurs, on observe qu'une forte majorité désapprouve le lien entre le suicide et la maladie mentale (item 10) et entre le suicide et un faible caractère (item 19).

L'item 37, l'appel à l'aide de la sous-échelle « *recherche d'aide* » est celui auquel les adolescents expriment plus d'accord soit (78,7%), autrement l'item 51 mentionnant que la majorité des tentatives conduisent à la mort est adopté à 60,0%. Par ailleurs, ils sont majoritairement en désaccord (73,0%) à l'idée qu'un suicidaire ne fera pas une deuxième tentative (item 27).

On retrouve l'accord de plus de 40% des adolescents sur trois items de la sous-échelle « *droit de mourir* ». Ainsi, ils expriment que la personne souffrant d'une maladie incurable devrait pouvoir se donner la mort (43,9% et 42,5%). En outre, près de quatre adolescents sur dix sont d'accord que le suicide devrait être permis. Une forte majorité d'adolescents ne croient pas que la vieillesse ou l'handicap (item 14) soient des situations pouvant donner droit au suicide (79,0%), ni que le suicide est une affaire personnelle (item 36) (83,9%).

Soixante-cinq pourcent (65%) des adolescents considèrent qu'il n'y a pas de situation où le suicide est la solution raisonnable (item 24) et 66,0% indiquent que le suicide n'est pas un comportement humain normal. Aussi, la plupart des adolescents sont en désaccord avec les critères d'ordre moral.

Tableau 10.3: Distribution des attitudes des adolescents québécois quant au suicide

Attitudes	N	% Accord	% Indécis	% Désaccord
<b>Maladie mentale (10)</b>				
att1 Personne isolée et dépressive	212	65,1	12,3	22,6
att10 Maladie mentale	212	6,6	11,3	72,1
att17 Personne non responsable	212	20,8	15,6	63,7
att19 Faible caractère	211	13,3	13,7	73,0
att21 Cause politique/ religieuse suicidaire déséquilibré	212	47,6	14,6	37,8
att29 Psychothérapie obligatoire pour suicidaire	210	86,2	5,7	8,1
att33 Facteurs situationnels cause majeur	210	66,2	16,7	17,1
att38 Solitude sentiment plusieurs suicidés	212	69,3	19,8	10,9
att50 Individu plus exigeant et moins flexible	212	45,8	27,4	26,8
att57 Dépressifs plus à risque	210	80,5	10,0	9,5
<b>Recherche d'aide (11)</b>				
Att7 Si Menace passe rarement à l'acte	212	38,7	28,3	33,0
Att16 Ne veulent pas vraiment mourir	211	42,7	23,7	33,6
Att18 Ne peut être dissuadée par une oreille attentive	211	23,2	23,7	53,1
Att26 Tentative prisonniers pour meilleures conditions	212	24,5	27,8	47,7
Att27 Probabilité deuxième tentative presque nulle	211	11,4	15,6	73,0
Att32 Tentative place publique, recherche d'attention	210	41,9	13,8	44,3
Att37 Tentative essentiellement appel à l'aide	211	78,7	10,9	10,4
Att43 Tentative pour attirer attention entourage	212	28,3	29,7	42,0
Att46 Si fait tentative ne souhaite pas vraiment mourir	211	36,0	19,4	44,6
Att51 Majorité tentatives conduit à la mort	210	60,0	18,6	21,4
Att55 Plupart des tentatives se solde par échec	210	36,7	31,9	31,4
<b>Droit de mourir (7)</b>				
Att6 Si maladie incurable devrait avoir droit au suicide	212	43,9	16,0	40,1
Att9 Moyen acceptable fin pour maladie incurable	212	42,5	17,5	40,0
Att14 Acceptable pour personne âgée et handicapée	211	10,9	10,0	79,0
Att25 Empêcher puisque plupart lors crise irrationnelle	211	12,3	22,3	65,4
Att36 Se suicider c'est une affaire personnelle	211	9,5	6,6	83,9
Att42 Devrait exister clinique de suicide	212	23,6	9,4	67,0
Att54 Pas le droit de s'enlever la vie	211	42,2	20,4	37,4

Tableau 10.3: Distribution des attitudes des adolescents québécois quant au suicide (suite)

Attitudes	N	% accord	% Indécis	% Désaccord
<b>Normalité (5)</b>				
Att2 Tout le monde à un moment songe au suicide	212	38,7	15,6	45,7
Att24 Des situations suicide seule solution raisonnable	212	22,6	12,3	65,1
Att30 Suicide comportement humain normal	211	21,8	14,2	66,0
Att34 Quelquefois suicide seule porte de sortie	212	40,1	8,0	51,9
Att47 Chacun à le potentiel de se suicider	211	49,8	15,6	34,6
<b>Moralité (4)</b>				
Att5 Honte si membre famille se suicide	212	7,5	10,4	82,1
Att28 Suicide acte épouvantable ne pouvant être pardonné	211	20,4	15,6	64,0
Att35 Suicide transgression morale très grave	211	43,1	26,5	30,4
Att48 Suicidé pas enterré dans même cimetière	212	2,4	4,7	92,9
<b>Famille (3)</b>				
Att20 Suicidé provient de famille éclatée	211	30,3	33,2	36,5
Att45 Si sans liens familiaux plus à risque de suicide	211	57,3	15,6	27,0
Att53 Suicidaires ont connu relations familiales difficiles	211	42,7	22,7	34,6

---

( ) Nombre de question dans la sous-échelle

Depuis 1980, plusieurs études ont utilisé diverses méthodes pour analyser les données du SOQ (réf). Pour les besoins de l'étude les sous-échelles développées par analyse de contenu par des experts sont adoptées (Rogers, 1993). Ainsi, on retrouve les sept sous-échelles suivantes: maladie mentale, recherche d'aide, droit de mourir, religion, normalité, moralité et famille.

Avant de présenter les analyses en fonction des sous-échelles, il faut souligner que les sous-échelles utilisées n'ont pas fait l'objet d'une analyse de fiabilité (fidélité), afin de confirmer à partir des données de l'étude les propriétés additives des items qui les

constituent, car les sous-échelles ont été créées suite aux résultats d'analyse de contenu réalisée par des experts, et non pas d'analyse statistique d'homogénéité (alpha de Cronback). De plus, elles ont été validées à plusieurs reprises lors d'études réalisées auprès de divers échantillons (Domino, 1981; Domino & Groth, 1997; Domino & Leenaars, 1995; Domino, Niles, & Raj, 1993-1994; Domino & Perrone, 1993).

Il est à noter que l'utilisation des sous-échelles pour l'analyse a pour objectif d'organiser les données de façon à plus clairement les interpréter. Ainsi, plus la moyenne d'une sous-échelle est élevée, plus les adolescents sont en désaccord avec les items de celle-ci.

## ***10.2. Description des sous-échelles d'attitudes des communautés ethnoculturelles***

### ***10.2.1. Description des sous-échelles d'attitudes de la communauté haïtienne***

Les statistiques descriptives des sous-échelles attitudinales au sein de la communauté haïtienne sont indiquées dans le tableau 10.4. On remarque que la majorité des adolescents haïtiens indique que la maladie mentale est en lien au suicide (73,4%), que la tentative suicidaire est une recherche d'aide (55,8%) que la religion est en lien avec le suicide (53,2%) et que les relations familiales peuvent être un facteur de risque (65,4%). Une forte minorité croit qu'il peut y avoir un lien entre la moralité et l'acte suicidaire (40,1%). Minimales sont les adolescents qui acceptent le droit de mourir (7,7%).

Tableau 10.4 Description des sous-échelles d'attitudes des adolescents de la communauté haïtienne envers le suicide (N= 212)

<b>Attitude</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Écart-type</b>	<b>% Accord</b>
<b>Maladie mentale</b>	36,78	5,16	73,4
<b>Recherche d'aide</b>	36,78	5,13	55,8
<b>Droit de mourir</b>	32,32	4,70	7,7
<b>Religion</b>	20,85	4,87	53,2
<b>Normalité</b>	21,57	4,23	29,4
<b>Moralité</b>	13,13	3,09	40,1
<b>Famille</b>	8,65	2,25	65,4



### ***10.2.2. Description des sous-échelles d'attitudes de la communauté latino-américaine***

Parmi les adolescents de la communauté latino-américaine, la majorité accepte l'idée d'un lien entre la maladie mentale et le suicide (78,9%). De même, une majorité mentionne que la tentative suicidaire est une recherche d'aide (62,7%) et que les problèmes dans la relation familiale peuvent être rattachés aux comportements suicidaires (72,6%). Une forte minorité croit qu'il y a un lien entre le déclin de la religion et l'acte suicidaire (45,2%). Peu d'adolescents acceptent le droit de mourir (13,2%) (Tableau 10.5).

Tableau 10.5 Description des sous-échelles d'attitudes des adolescents de la communauté latino-américaine envers le suicide (N=119)

<b>Attitude</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Ecart-type</b>	<b>% Accord</b>
<b>Maladie mentale</b>	35,50	4,88	78,9
<b>Recherche d'aide</b>	35,94	4,76	62,7
<b>Droit de mourir</b>	31,50	5,37	13,2
<b>Religion</b>	21,79	4,88	45,2
<b>Normalité</b>	21,70	4,17	26,5
<b>Moralité</b>	13,92	2,79	24,4
<b>Famille</b>	8,33	2,28	72,6

### ***10.2.3. Description des sous-échelles d'attitudes de la communauté québécoise***

La majorité des adolescents de la communauté québécoise considère que le suicide est en lien à la maladie mentale (61,4%) et aux problèmes relationnels familiaux (66,0%). Près de la moitié accepte l'idée que la tentative suicidaire est une recherche d'aide (49,3%). Un quart est en accord avec le droit de mourir du suicidaire (25,5%). Une minorité adhère à l'idée d'une relation entre la religion et le suicide (12,6) et à l'idée d'un lien avec la moralité (14,3%) (Tableau 10.6).

Tableau 10.6 : Description des sous-échelles d'attitudes des adolescents de la communauté québécoise envers le suicide (N=210)

Attitude	Moyenne	Écart-type	% Accord
Maladie mentale	38,36	5,17	61,4
Recherche d'aide	37,21	5,36	49,3
Droit de mourir	27,87	5,60	25,5
Religion	25,71	4,10	12,6
Normalité	20,04	4,75	39,0
Moralité	15,56	2,65	14,3
Famille	8,73	2,39	66,0

#### 10.2.4. Synthèse du descriptif des sous-échelles d'attitudes

Pour terminer le descriptif, des comparaisons ont été réalisées entre les communautés pour les différentes sous-échelles. Le tableau 10.7 montre que sur cinq des sept sous-échelles les adolescents des communautés ethnoculturelles diffèrent. Les adolescents des communautés culturelles (haïtienne 73,4% et latino-américaine 78,9%) sont plus en accord qu'il existe un lien entre la maladie mentale et le suicide  $\chi^2 [2, N = 524], = 12,791, p < 0,01$ ) et entre les croyances religieuses et le suicide (haïtienne 53,2% et latino-américaine 45,2%)  $\chi^2 [2, N = 526], = 79,737, p < 0,001$ ). Aussi, ils considèrent plus que le geste est immoral (haïtienne 40,1% et latino-américaine 24,4%) en comparaison à 14,3% des adolescents de la communauté québécoise  $\chi^2 [2, N = 541], = 36,371, p < 0,001$ ). Une petite minorité d'adolescents des communautés culturelles accorde le droit d'attenter à sa vie (haïtienne 7,7% et latino-américaine 13,2%) comparativement à 25,5% des adolescents québécois de souche francophone,  $\chi^2 [2, N = 529], = 25,280, p < 0,001$ ). Par ailleurs, ils croient moins que c'est un acte normal (haïtienne 29,4% et latino-américaine 26,5%)  $\chi^2 [2, N = 538], = 6,957, p < 0,05$ ).

À cette étape de l'analyse des données, l'information qui ressort particulièrement est d'une part, qu'il existe une attitude générale plus défavorable (moins le droit de mourir, peu normal, geste immoral) quant au suicide au sein des communautés culturelles (haïtienne et latino-américaine) qu'au sein de la communauté québécoise. D'autre part,

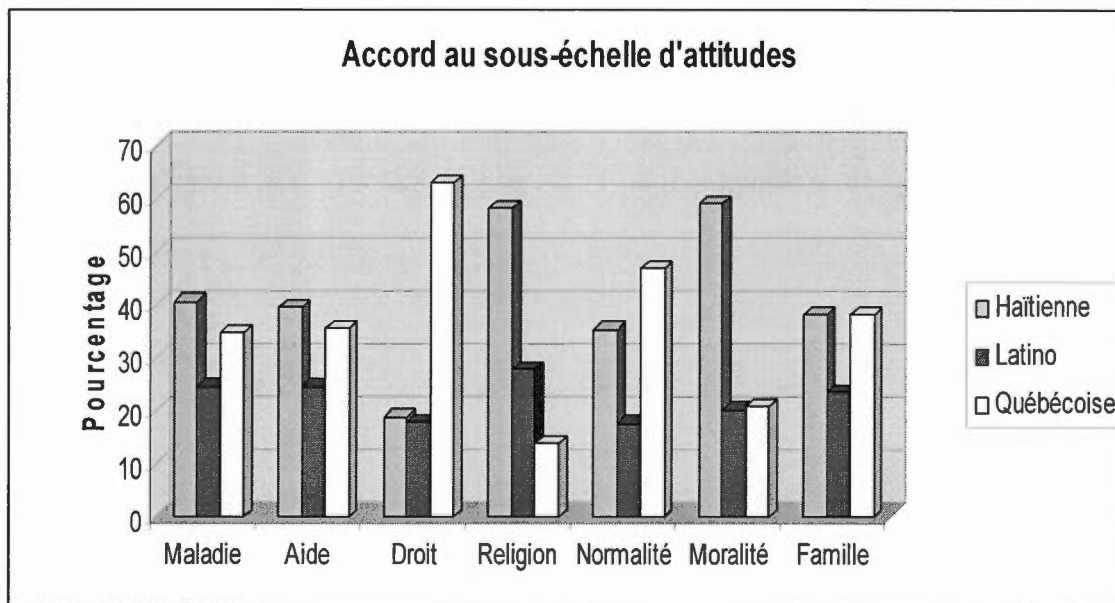
dans toutes les communautés une majorité d'adolescents indique que le suicide est en lien avec les relations familiales dysfonctionnelles (haïtienne 65,4% et latino-américaine 72,6% et québécoise 66,0%).

Tableau 10.7 : Comparaison des attitudes envers le suicide des communautés et khi-carré

Attitude/Communauté		N	% accord	$\chi^2$
<b>Maladie mentale</b>	Haïtienne	203	73,4	12,791**
	Latino	114	78,9	
	Québécoise	207	61,4	
<b>Recherche d'aide</b>	Haïtienne	199	55,8	5,377
	Latino	110	62,7	
	Québécoise	203	49,3	
<b>Droit de mourir</b>	Haïtienne	207	7,7	25,280***
	Latino	114	13,2	
	Québécoise	208	25,5	
<b>Religion</b>	Haïtienne	205	53,2	79,737***
	Latino	115	45,2	
	Québécoise	206	12,6	
<b>Normalité</b>	Haïtienne	211	29,4	6,957*
	Latino	117	26,5	
	Québécoise	210	39,0	
<b>Moralité</b>	Haïtienne	212	40,1	36,371***
	Latino	119	24,4	
	Québécoise	210	14,3	
<b>Famille</b>	Haïtienne	211	65,4	2,016*
	Latino	117	72,6	
	Québécoise	209	66,0	

\* = significatif à  $p < 0,05$ ; \*\* = significatif à  $p < 0,01$  \*\*\* = significatif à  $p < 0,001$ .

Figure 10.1 : Pourcentage d'accord des communautés quant aux sept sous-échelles  
d'attitudes



### ***10.3. Comparaison des attitudes au sein des trois communautés***

À partir des analyses descriptives on s'aperçoit déjà qu'il y a des différences significatives entre les communautés. Afin de comparer les adolescents de façon plus approfondie, d'autres analyses de comparaison ont été réalisées qui prennent en considération plusieurs variables simultanément. Ainsi, la communauté et le genre sont les variables indépendantes, la pratique religieuse la covariée, et les scores des adolescents aux sept sous-échelles les variables dépendantes.

L'examen des postulats de base (homogénéité de la variance des variables dépendantes, normalité de la distribution, indépendance des variables dépendantes) montre que la distribution des données est propice à l'exécution d'une MANOVA (Howell, 1998).

Les résultats de l'analyse multivariée permettent de constater que même avec la pratique religieuse comme covariée, il existe un effet principal pour la communauté (Wilks'Lambda = 0, ;  $F [14,880] = 8,871$ ,  $p < 0,001$ ), le genre Wilks'Lambda = 0,  $F [7,440] = 3,959$ ,  $p < 0,001$ ). Cependant, il n'y a pas d'effet d'interaction entre la communauté et le genre ( $F [14,880] = 0,993$ ,  $p = ns$ ).

La proportion de la variance totale expliquée par le modèle ajusté permet de constater que les communautés ont des organisations différentes sur quatre sous-échelles. Ainsi, à partir de l'analyse on observe qu'il y a des différences significatives entre les communautés quant à la maladie mentale ( $F [2,446] = 9,661$ ;  $p < 0,001$ ) au droit de mourir ( $F [2,446] = 19,909$ ;  $p < 0,001$ ) à la religion ( $F [2,446] = 29,608$ ;  $p < 0,001$ ), et à la moralité ( $F [2,446] = 21,976$ ;  $p < 0,001$ ). Toutefois, on ne retrouve pas de différence significative au sein des communautés quant à la recherche d'aide ( $F [2,446] = 1,773$ ;  $p = ns$ ), à la normalité ( $F [2,446] = 2,601$ ;  $p < 0,001$ ) et au rôle que peut jouer la famille dans la problématique suicidaire ( $F [2,446] = 0,831$ ;  $p = ns$ ) (Tableau 10.8).

Tableau 10.8: Moyenne et écart-type des trois communautés et les résultats de la MANOVA.

Attitude	N	Moyenne	Écart-type	F	Êta carré
<b>Maladie mentale</b>				9,661***	
Haïtienne	203	36,78	5,16		
Latino-américaine					0,05
Québécoise	114	35,50	4,88		
	207	38,36	5,17		
<b>Recherche d'aide</b>				1,773	
Haïtienne	199	36,78	5,13		
Latino-américaine					0,01
Québécoise	110	35,94	4,76		
	203	37,21	5,36		
<b>Droit de mourir</b>					
Haïtienne	207	32,32	4,70	19,909***	0,18
Latino-américaine	114	31,50	5,37		
Québécoise					
	208	27,87	5,60		
<b>Religion</b>					
Haïtienne	205	20,85	4,87		
Latino-américaine	115	21,79	4,88	29,608***	0,25
Québécoise					
	206	25,71	4,10		
<b>Normalité</b>					
Haïtienne	211	21,57	4,23		
Latino-américaine	117	21,70	4,17	2,601***	0,05
Québécoise					
	210	20,04	4,75		
<b>Moralité</b>					
Haïtienne	212	13,13	3,09		
Latino-américaine	119	13,92	2,79	21,976***	0,15
Québécoise					
	210	15,56	2,65		
<b>Famille</b>					
Haïtienne	211	8,65	2,25		
Latino-américaine	117	8,33	2,28	0,831	0,01
Québécoise					
	209	8,73	2,39		

\*\*\* = significatif à  $p < 0,001$

### 10.3.1. Test de contraste

Les résultats des analyses de contraste à priori sur les différentes sous-échelles entre les communautés permettent de déterminer quelles sont les communautés qui diffèrent. Pour ce faire, deux contrastes ont été réalisés, le premier entre les communautés culturelles (haïtienne/latino-américaine) versus la communauté québécoise, le second entre les communautés culturelles.

Ainsi, le test de contraste du t de Student (Tableau 10.9) démontre qu'il y a une différence entre les communautés culturelles et québécoise pour les attitudes reliées à la maladie mentale ( $\tau = 2,26$ ;  $p < 0,001$ ), au droit de mourir ( $\tau = -3,19$ ;  $df=2$ ;  $p < 0,001$ ), à la religion ( $\tau = 29,61$ ;  $p < 0,001$ ), à la normalité ( $\tau = -1,07$ ;  $p < 0,05$ ), et à la moralité ( $\tau = 1,85$ ;  $p < 0,001$ ). Cependant, il n'y a pas de différence entre les communautés en ce qui concerne la recherche d'aide ( $\tau = 0,84$ ;  $p < 0,001$ ) et la famille ( $\tau = 0,16$ ;  $p < 0,001$ ).

Tableau 10.9: Résultats du test de contraste des sous-échelles d'attitude

Attitude	Contraste	$\tau$
Maladie mentale	1	2,26***
	2	-1,27
Recherche d'aide	1	0,84
	2	-0,86
Droit de mourir	1	-3,19***
	2	-0,93
Religion	1	3,51***
	2	0,56
Normalité	1	-1,07*
	2	0,25
Moralité	1	1,85***
	2	0,56
Famille	1	0,16
	2	-0,36

Contraste 1 : communauté culturelles versus québécoise

Contraste 2 : communauté haïtienne versus latino-américaine

\* = significatif à  $p < 0,05$ ; \*\*\* = significatif à  $p < 0,001$ .

#### ***10.4. Synthèse des attitudes en fonction des communautés ethnoculturelles***

D'après les données analysées (tableaux 10.5, 10.6 et 10.7), il ressort que les adolescents haïtiens et latino-américains ont plus tendance que les adolescents québécois de souche francophone à penser que le suicide est plutôt relié à la maladie mentale. En effet, les adolescents haïtiens ont exprimé avec une moyenne de 36,78 que le suicide est en lien avec la maladie mentale. L'attitude des adolescents latino-américains va dans le même sens (moyenne= 35,50). Les adolescents québécois de souche francophone ont une moyenne plus élevée (38,36), ce qui veut dire qu'ils croient moins que le suicide est relié à la maladie mentale.

Des différences significatives existent entre les communautés culturelles (haïtienne et latino-américaine) et la communauté québécoise quant au droit de mourir. En fait, au sein de la communauté haïtienne (moyenne=32,32) et latino-américaine (moyenne = 31,50) les moyennes indiquent qu'un grand nombre est défavorable au droit de mourir comparativement à une moyenne de 27,87 chez les adolescents québécois de souche francophone. Au sein des communautés culturelles les adolescents croient pour la plupart que les croyances et valeurs religieuses sont reliées négativement au suicide (moyenne 20,85 et 21,79) tandis que dans la communauté québécoise ils n'y croient pas (moyenne=25,75). Les adolescents des communautés culturelles ont un peu plus tendance à évaluer l'acte suicidaire d'un point de vue moral (13,3% et 13,92%) que les adolescents québécois de souche francophone (15,56).

Pour ce qui est de la recherche d'aide, les adolescents de toutes les communautés indiquent que les tentatives de suicide sont souvent une recherche d'aide. Ainsi, les moyennes des adolescents haïtiens (36,78) latino-américains (35,94) et québécois (37,21) diffèrent peu. Tous les adolescents, ont une attitude favorable quant au lien entre les relations familiales dysfonctionnelles et le suicide. Les adolescents haïtiens et latino-américains aussi bien que québécois sont en désaccord à l'idée que le suicide est un acte normal. Toutefois, les adolescents haïtiens (moyenne=21,57) et latino-américain (moyenne= 21,70) sont plus en désaccord que les Québécois (moyenne= 20,04).



### 10.5. Attitudes en fonction du genre

On retrouve au sein de l'échantillon une répartition presque égale entre les adolescentes (235) et les adolescents (218). Les résultats qui suivent reprennent les analyses de comparaison en fonction du genre, car l'analyse multivariée montre qu'il y a un effet principal du genre (Wilks'Lambda = 0,941; F [7,440] = 3,959;  $p < 0,001$ ).

Parmi les adolescents investigués on retrouve une différence entre les filles et les garçons sur deux sous-échelles. Pour la sous-échelle «droit de mourir» (F [1,446] = 9,994;  $p < 0,01$ ), les filles sont plus défavorables au droit de mourir (moyenne=31,03 comparativement aux garçons (moyenne= 29,56). En ce qui concerne la moralité (F [1,446] = 7,484;  $p < 0,01$ ), les filles acceptent moins de relier l'acte suicide à la moralité (moyenne = 14,58 versus 13,98).

Tableau 10.10: Comparaisons des filles (N=235) et garçons (N=218) sur les 7 sous-échelles d'attitudes

Attitude	Genre	Moyenne	Écart-type	F	Êta carré
<b>Maladie mentale</b>	Féminin	36,88	5,14	0,558	0,001
	Masculin	37,45	5,29		
<b>Recherche d'aide</b>	Féminin	36,69	5,10	0,014	0,00
	Masculin	36,86	5,24		
<b>Droit de mourir</b>	Féminin	31,03	5,22	9,994**	0,22
	Masculin	29,56	5,92		
<b>Religion</b>	Féminin	23,28	5,34	2,599	0,006
	Masculin	22,78	4,80		
<b>Normalité</b>	Féminin	21,06	4,26	0,038	0,000
	Masculin	20,89	4,75		
<b>Moralité</b>	Féminin	14,58	3,03	7,484**	0,017
	Masculin	13,98	3,04		
<b>Famille</b>	Féminin	8,60	2,26	0,015	0,000
	Masculin	8,62	2,37		

\*\* = significatif à  $p < 0,01$

Afin de déterminer parmi quels garçons et filles se trouvent les différences significatives, des analyses ont été réalisées par communauté.

#### *10.5.1. Comparaison entre les filles et les garçons de la communauté haïtienne*

L'analyse de l'effet simple de variance au sein des adolescents de la communauté haïtienne permet de constater qu'il n'y a pas de différence significative entre les adolescents et les adolescentes quant aux différentes sous-échelles d'attitude. Ainsi, les filles et les garçons répondent de façon similaire aux différents items des sous-échelles d'attitude.

Tableau 10.11 : Analyse de variance des adolescents haïtiens filles (N=82) versus garçons (N=88)

Attitude	Genre	Moyenne	Écart-type	F	Êta carré
<b>Maladie mentale</b>	Féminin	36,29	4,51	1,491	0,009
	Masculin	37,24	5,68		
<b>Recherche d'aide</b>	Féminin	36,84	5,08	0,002	0,000
	Masculin	36,72	5,19		
<b>Droit de mourir</b>	Féminin	32,49	4,25	0,028	0,000
	Masculin	32,17	5,11		
<b>Religion</b>	Féminin	20,70	5,16	0,049	0,000
	Masculin	21,00	4,60		
<b>Normalité</b>	Féminin	21,67	4,02	0,010	0,000
	Masculin	21,48	4,45		
<b>Moralité</b>	Féminin	13,27	3,21	0,328	0,002
	Masculin	13,00	2,99		
<b>Famille</b>	Féminin	8,48	2,18	0,812	0,005
	Masculin	8,81	2,31		

### 10.5.2. Comparaison entre les filles et les garçons de la communauté latino-américaine

Au sein de la communauté latino-américaine on retrouve des différences significatives entre les filles et les garçons pour les sous-échelles du « droit de mourir »  $F [1,95] = 7,671$ ;  $p < 0,01$ ) et de la moralité ( $F [1,95] = 7,292$ ,  $p < 0,01$ ). Ces données indiquent que les filles ont plus souvent une attitude défavorable (moyenne=32,81) que les garçons (moyenne=29,51) par rapport au droit de mourir. De même, elles sont plus nombreuses à être en désaccord (moyenne= 14,47) quant à la moralité du geste comparativement aux garçons (moyenne de 13,08) (Tableau 10.12).

Tableau 10.12 : Analyse de variance des adolescents latino-américains filles (N=59) versus garçons (N=39)

Attitude	Genre	Moyenne	Écart-type	F	Êta Carré
<b>Maladie mentale</b>	Féminin	35,54	4,99	0,001	0,000
	Masculin	35,44	4,79		
<b>Recherche d'aide</b>	Féminin	35,98	4,33	0,109	0,001
	Masculin	35,87	5,42		
<b>Droit de mourir</b>	Féminin	32,81	4,70	7,671**	0,075
	Masculin	29,51	5,75		
<b>Religion</b>	Féminin	22,08	4,49	2,388	0,025
	Masculin	21,33	5,45		
<b>Normalité</b>	Féminin	21,88	4,02	0,097	0,001
	Masculin	21,43	4,44		
<b>Moralité</b>	Féminin	14,47	2,58	7,292**	0,071
	Masculin	13,08	2,93		
<b>Famille</b>	Féminin	8,37	2,22	0,105	0,001
	Masculin	8,26	2,40		

\*\* = significatif à  $p < 0,01$

### 10.5.3. Comparaison entre les filles et les garçons de la communauté québécoise

Parmi les adolescents québécois on retrouve une différence statistiquement significative entre les filles et les garçons au niveau des attitudes reliées au « droit de mourir » ( $F[1,182] = 3,850$ ;  $p < 0,05$ ). Les garçons sont plus en accord avec le droit de se donner la mort (moyenne= 27,07) comparativement au filles (moyenne=28,65) (Tableau 10.13).

Tableau 10.13 Analyse de variance des adolescentes québécois filles (N=94) versus garçons (N=91)

Attitude	Genre	Moyenne	Écart-type	F	Êta-carré
<b>Maladie mentale</b>	Féminin	38,22	5,48	0,160	0,001
	Masculin	38,51	4,86		
<b>Recherche d'aide</b>	Féminin	37,00	5,55	0,332	0,002
	Masculin	37,43	5,19		
<b>Droit de mourir</b>	Féminin	28,65	5,42	3,850*	0,021
	Masculin	27,07	5,69		
<b>Religion</b>	Féminin	26,28	4,48	3,351	0,18
	Masculin	25,12	3,61		
<b>Normalité</b>	Féminin	20,00	4,43	0,004	0,000
	Masculin	20,09	5,09		
<b>Moralité</b>	Féminin	15,80	2,64	1,316	0,007
	Masculin	15,31	2,64		
<b>Famille</b>	Féminin	8,85	2,36	0,453	0,002
	Masculin	8,60	2,42		

\* = significatif à  $p < 0,05$

### ***10.5.3. Synthèse des attitudes en fonction du genre***

Pour la plupart des sous-échelles attitudinales les filles et les garçons sont assez similaires. Toutefois, on retrouve des différences significatives entre les filles et les garçons au sein des communautés latino-américaine et québécoise, mais non au sein de la communauté haïtienne. En effet, pour la communauté latino-américaine et québécoise les filles ont une attitude plus défavorable au droit de mourir (32,81 et 28,65) que les garçons (26,70 et 23,98). De plus, chez les adolescents de la communauté latino-américaine les filles désapprouvent plus, que le geste suicidaire est immoral.

## ***10.6. Analyse discriminante***

### ***10.6.1. Description de l'analyse discriminante***

Après avoir vérifié les conditions d'application de base, qui sont les mêmes que pour la MANOVA (Howell, 1998), l'analyse discriminante a été réalisée en utilisant huit variables prédictives soit les sept sous-échelles attitudinales, et la pratique religieuse pour déterminer l'appartenance à une communauté. Les prédicteurs sont : la maladie mentale, la recherche d'aide, le droit de mourir, la religion, la normalité, la moralité, la famille et la pratique religieuse. Les adolescents proviennent des communautés haïtienne, latino-américaine et québécoise.

Des 548 adolescents de départ 95 ne font pas partie de l'analyse puisqu'ils avaient des réponses manquantes. Les 453 adolescents de l'analyse se répartissent comme suit : 170 Haïtiens, 98 Latino-américains et 185 Québécois de souche francophone. Les tests d'évaluation de la linéarité, de la multicollinéarité, de l'homogénéité de la matrice variance/covariance ont démontré que les données pouvaient être utilisées pour des analyses discriminantes.

### 10.6.2. Résultats de l'analyse discriminante

Deux fonctions discriminantes ont été calculées avec un khi-carré combiné de ( $\chi^2=196,23$ ;  $dl = 12$ ;  $p < ,001$ ). Ces fonctions ne sont pas corrélées. En faisant abstraction de la première fonction, il n'y a pas d'association entre les variables prédictives et les communautés culturelles ( $\chi^2=9,72$ ;  $dl= 5$ ;  $p= ns$ ).

Les valeurs propres indiquent que la première fonction explique 95,9% de la variance entre les communautés. Les variables du modèle proposé expliquent 34,1% de la variance totale.

Tableau 10.14 : Résultat de l'analyse discriminante

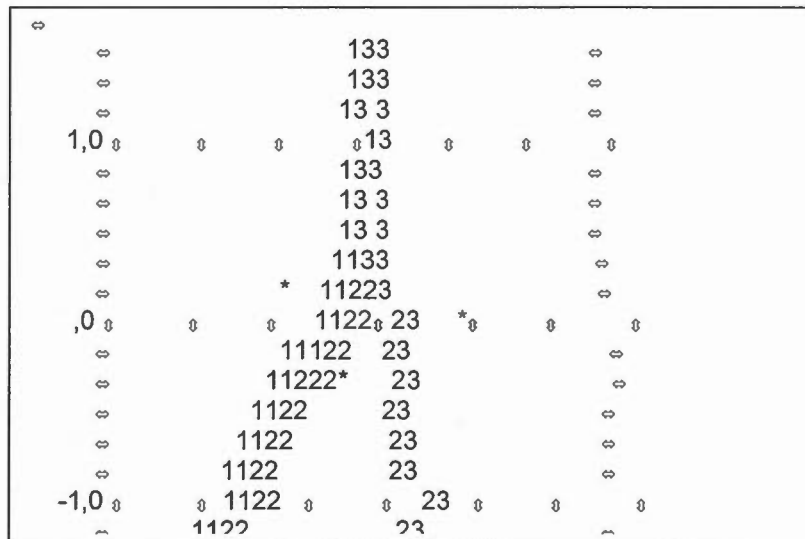
Fonction	Valeur propre	% variance entre communauté	% cumulé	Corrélation canonique (R)
1	0,517	95,9	95,9	0,584
2	0,22	4,1	100,0	0,147

Tableau 10.15 : Résultats du test du Wilks' Lambda

Test de fonction	Wilks' Lambda	Khi carré	Dl	Sig.
1 -2	0,645	196,228	12	0,000
2	0,979	9,715	5	0,084

Comme le montre la figure 10.2 la première fonction discriminante sépare les adolescents québécois de souche francophone des autres. La seconde fonction discriminante sépare les adolescents haïtiens des adolescents latino-américains, et les adolescents québécois de souche francophone se retrouvent entre les deux communautés culturelles.

Figure 10.2 Carte territoriale des communautés



Les corrélations de moins de 0,50 ne sont pas interprétées. La matrice de structure entre les variables prédictives et les fonctions discriminantes comme l'indique les coefficients de la structure qu'on retrouve au tableau 10.15 suggère que les meilleures variables pour distinguer les adolescents québécois de souche francophone, des adolescents haïtiens et latino-américains (première fonction) sont les attitudes religieuses ( $\beta = 0,685$ ;  $p < 0,001$ ), la pratique religieuse ( $\beta = ,638$ ,  $p < 0,001$ ), le droit de mourir ( $\beta = ,551$ ;  $p < 0,001$ ) et la moralité ( $\beta = ,531$ ;  $p < 0,001$ ). Les résultats indiquent que les adolescents de la communauté haïtienne et latino-américaine sont plus pratiquants quant à la religion, adoptent plus des attitudes religieuses face au suicide, prennent plus en considération la morale et vont plus refuser le droit de mourir comparativement aux adolescents québécois de souche francophone.

Le coefficient de la structure de la fonction deux (2), qui sépare les adolescents haïtiens des adolescents latino-américains, indique que la maladie mentale ( $\beta = 0,839$ ;  $p=ns$ ) est le principal élément de différenciation (tableau 10.15). Toutefois, ce résultat n'est pas significatif.

Tableau 10.16 : Matrice de la structure des fonctions

Attitude	Fonction	
	1	2
<b>Religion</b>	0,685	-,029
<b>Pratique religieuse</b>	0,638	-,105
<b>Droit de mourir</b>	-0,551	-0,040
<b>Moralité</b>	0,531	-0,279
<b>Maladie mentale</b>	0,250	0,839

La matrice de corrélation intra-groupe entre les huit valeurs prédictives présentées au tableau (10.17) montre qu'il existe des corrélations statistiques significatives. Parmi les 28 corrélations, 17 ont une différence statistique significative à  $\alpha = 0,01$  lorsque testées en bivariee. On retrouve une forte corrélation positive entre la normalité (nor) et le droit de mourir (DM), avec un  $r(450) = 0,48$ ;  $p < 0,01$ , cela signifie que les adolescents qui favorisent le droit de mourir vont probablement être en accord avec la normalité de l'acte suicidaire. Les attitudes religieuses (Rel) sont positivement corrélées aux attitudes en lien à la morale (Mor),  $r(450) = 0,31$ ;  $p < 0,01$ , à la famille (fam)  $r(450) = 0,25$ ;  $p < 0,01$  et négativement corrélées aux attitudes reliés à la normalité  $r(450) = -0,24$ ;  $p < 0,01$ , et au droit de mourir  $r(450) = -0,22$ ;  $p < 0,01$ . Cela signifie que les adolescents qui adhèrent aux attitudes religieuses vont probablement être défavorable au droit de mourir et être en désaccord quant à la normalité du geste suicidaire. Ils vont aussi probablement adopter une attitude moraliste et croire qu'il existe un lien entre le suicide et les relations familiales dysfonctionnelles.



Tableau 10.17 : Matrice de corrélation entre les fonctions et de corrélation entre l'intragroupe et les prédicteurs

	Corrélation 1			Corrélation intragroupe entre prédicteur						
	Fonct. 1	Fonct. 2	F (2,450)	MM	RA	DM	Rel	Nor	Mor	Fam
<b>MM</b>	0,29	1,18		-						
<b>Ra</b>				0,25**	-	-				
<b>DM</b>	-0,348	-0,09		-0,04	0,02	-	-			
<b>Rel</b>	0,	-0,08		0,27**	0,18**	-	-	-		
						0,22**				
<b>Nor</b>				-0,04	0,00	0,48**	-	-	-	
							0,24**			
<b>Mor</b>	0,	-0,47		0,22**	0,24**	-0,12	0,31**	-	-	
								0,18**		
<b>Fam</b>	-0,	-0,32		0,68**	0,22**	-0,04	0,25**	0,05	0,17**	-
<b>Relpra</b>	0,	-0,04		-0,00	0,00	-	0,23**	-	0,09	0,05
						0,16**		0,14**		
<b>Canonical R</b>										
<b>Valeur</b>	0,584	0,147								

- Corrélation significative à  $\alpha = 0,01$  (2 côtés)

\*\* = significatif à  $p < 0,01$

Notes : MM= maladie mentale, RA= recherché d'aide, DM= droit de mourir, Rel= religion, Nor=normalité, Mor= moralité, Fam=famille, relpra= pratique religieuse.

À l'aide du processus de classification adopté à partir du modèle d'analyse discriminante appliquée à l'échantillon de 480 adolescents, 287 soit 59,8% des adolescents ont été correctement classés. Le pourcentage d'adolescents bien classé à partir de l'analyse discriminante n'est pas plus élevé, car une grande proportion d'adolescents latino-américains a été classée dans la communauté haïtienne (tableau 10.17).

Tableau 10.18 : Comparaison de la communauté ethnoculturelle prédite versus réelle à partir d'une analyse discriminante

Comm. Réelle	Nombre cas	Communauté prédite		
		Haïtienne	Latino-américaine	Québécoise
<b>Haïtienne</b>	184	103 56,0%	41 23,4%	22 20,7%
<b>Latino-américaine</b>	102	41 40,2%	37 36,3%	24 23,5%
<b>Québécoise</b>	194	38 11,3%	24 12,9%	147 75,8%
<b>Pourcentage de cas correctement identifié : 59,8</b>				

### 10.6.3. Conclusion de l'analyse discriminante

L'analyse discriminante en donnant le pourcentage d'adéquation entre la RS et la communauté ethnoculturelle permet de constater une fois de plus, qu'il y a une grande différence quant aux attitudes entre les adolescents des communautés culturelles et les adolescents québécois de souche francophone. En effet, 75,8% des adolescents québécois ont été correctement identifiés comparativement à 56,0 % des adolescents haïtiens. En ce qui concerne les adolescents latino-américains, un plus grand pourcentage a été classée comme Haïtiens (40,2) plutôt que Latino-américains (36,3%). Cela signifie qu'il y a une grande similarité entre eux quant aux prises de position attitudinale.

## **CHAPITRE 11**

### **REPRÉSENTATION SOCIALE DES ADOLESCENTS DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES**

Lors de ce chapitre les RS identifiées à partir des questionnaires sont abordées. Comme mentionné auparavant il est possible de retrouver les RS à partir de ses éléments constitutifs, soit les attitudes, croyances, perceptions et valeurs, et c'est ce qui est fait. Étant donné que le chapitre précédent portait exclusivement sur les attitudes, elles ne seront pas décrites dans celui-ci, mais directement intégrées lors des analyses.

Pour débiter, les croyances, les perceptions et les valeurs sont décrites puis comparées. Par la suite, une analyse factorielle est réalisée avec les différents éléments constitutifs de la RS, afin de dégager les éléments qui organisent les RS des communautés. Finalement, à partir des scores de l'analyse factorielle, les différentes RS des communautés sont présentées et comparées.

Ce chapitre permet de vérifier les principales hypothèses quant à la représentation sociale du suicide des adolescents dans les communautés ethnoculturelles. Ainsi, on vérifiera les hypothèses suivantes :

- la principale RS des adolescents de la communauté haïtienne est l'acte d'impuissance ;
- la principale RS des adolescents de la communauté latino-américaine est l'acte dyssocial ;
- la principale RS des adolescents québécois de souche francophone est le suicide comme acte raisonné.

## ***11.1. Présentation des dimensions de la représentation sociale des communautés ethnoculturelles***

### ***11.1.1. Croyances***

Les réponses des adolescents quant aux questions portant sur les croyances (questions 60,62 et 66) permettent de faire ressortir les sentiments, les causes et les moyens préventifs qu'ils considèrent reliés au suicide.

### ***11.1.2. Perceptions***

Les items 59 et 61 portent sur les perceptions, on y retrouve les images que les adolescents se forgent du suicide et du suicidaire.

### ***11.1.3. Valeurs***

Les valeurs sont analysées de façon générale (toutes valeurs confondues) qu'on retrouve à la question (65) et de façon spécifique, avec les valeurs individuelles, les valeurs familiales, et les valeurs religieuses (question 64). De plus, on retrouve dans cet élément constitutif de la RS un item sur l'acceptabilité du geste suicidaire (question 67).

Les figures des différentes dimensions de la RS sont présentées pour chaque communauté en annexe 8.

## 11.2. Comparaison descriptive des dimensions de la représentation sociale au sein des trois communautés

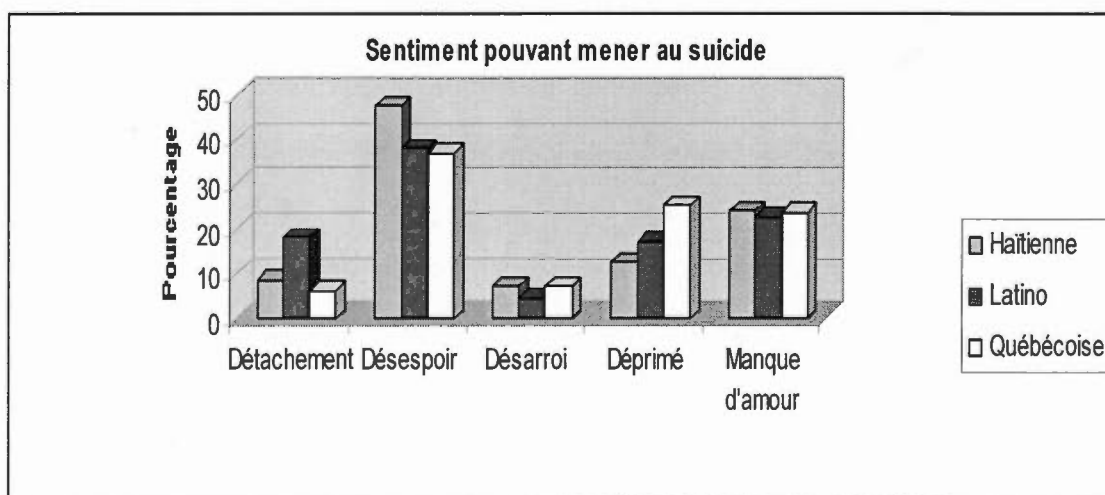
### 11.2.1. Croyances

Il y a plusieurs différences significatives entre les communautés quant aux croyances.

#### 11.2.1.1. Répartition des sentiments selon les communautés

Parmi les sentiments énumérés en lien au suicide, la majorité des adolescents haïtiens et latino-américains choisissent en premier lieu le désespoir, qui réfère au regroupement des options désespoir et désenchantement quant à l'avenir (45,6% et 36,2%) suivi du manque d'amour (23,3% et 21,6% ) comme principaux sentiments pouvant mener au suicide. Comme les adolescents des communautés culturelles, les adolescents québécois de souche francophone, choisissent en premier lieu le désespoir (34,3%) mais en deuxième choix c'est la déprime (23,5%).

Figure 11.1 Répartition des sentiments reliés au suicide selon les communautés

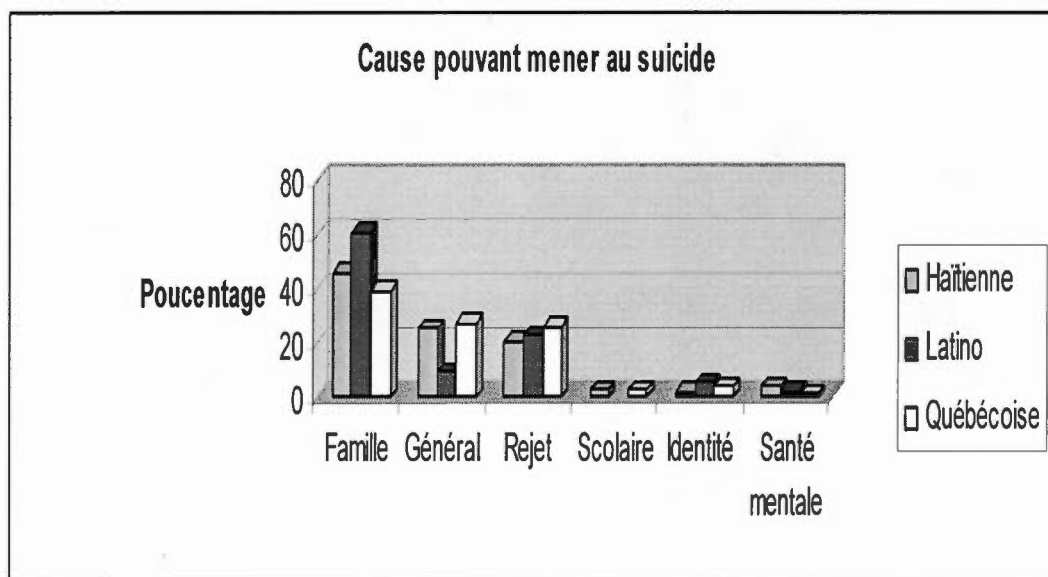


### 11.2.1.2. Répartition des causes menant au suicide selon les communautés

Selon les adolescents, les trois principales causes qui peuvent amener un jeune à tenter de se suicider sont tout d'abord, les problèmes familiaux, qui regroupent les options conflits parentaux et décrochage du réseau familial, avec des pourcentages de 45,3 pour les Haïtiens, 61,0 pour les Latino-américains et 39,2 pour les adolescents québécois de souche francophone.

En second lieu, on retrouve chez les adolescents haïtiens et québécois les causes générales, qui sont les situations sans espoir, respectivement à 24,8% et 27,0%, et le rejet qui comprend les options peine d'amour et rejet des pairs à 22,9 % pour les Latino-américains. Le nombre d'adolescents n'ayant pas choisi une deuxième et troisième cause s'élève à 13% pour la seconde cause et 14% pour la troisième. Ces pourcentages sont les plus élevés de non réponse retrouvés dans tout le questionnaire.

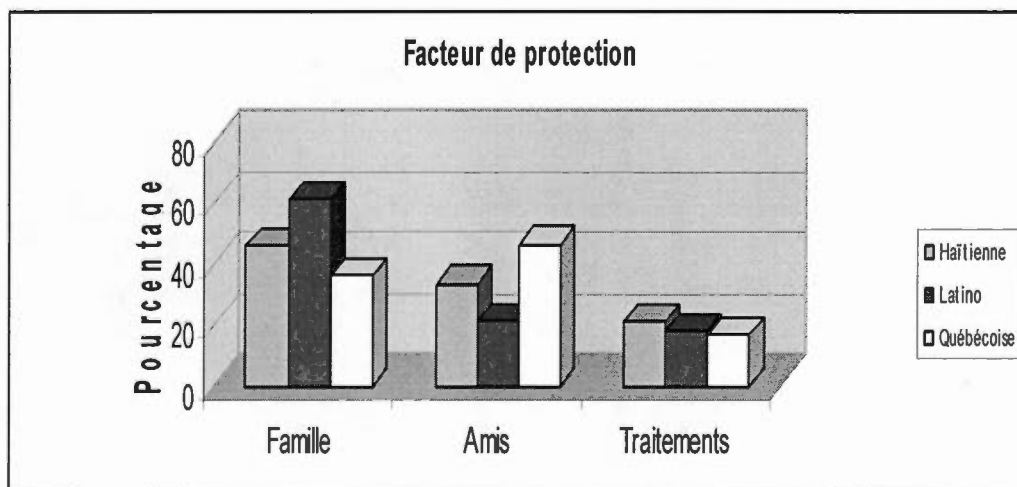
Figure 11.2 Répartition des causes menant au suicide selon les communautés



### 11.2.1.3. Répartition des facteurs de protection selon les communautés

Le principal facteur sélectionné par les adolescents des communautés culturelles pouvant empêcher un jeune de se suicider est la famille (40,5% et 54,7%). La réponse famille regroupe les options entraide/support au sein de la famille et amour des parents. Le second facteur mentionné, est les amis à qui l'on peut se confier, avec 29,5% et 18,9%. Cet ordre est inversé chez les adolescents québécois de souche francophone, on retrouve tout d'abord les amis (45,9%), suivi de la famille (35,7%).

Figure 11.3 Répartition des facteurs de protection selon les communautés



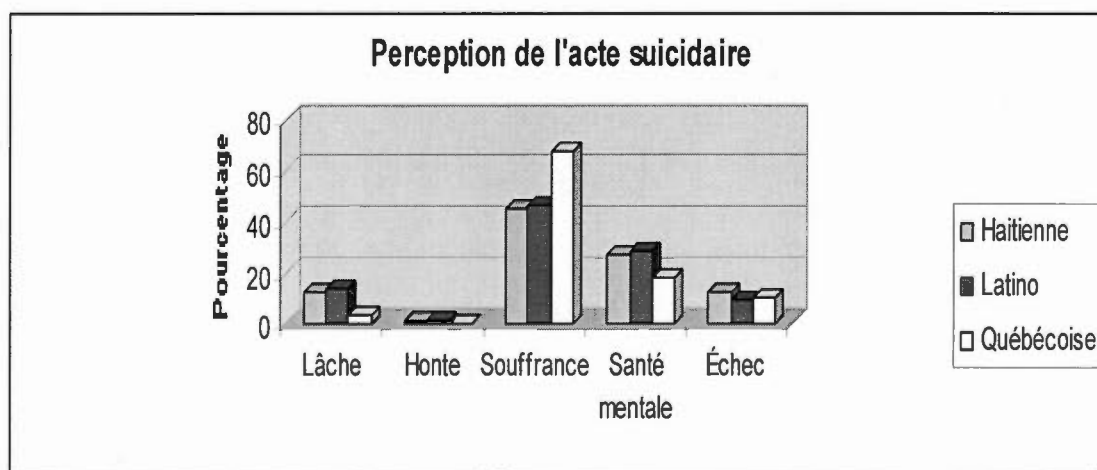
### 11.2.2. Perceptions

Au niveau des perceptions on retrouve une différence significative entre les communautés pour l'image du suicide mais non pour le suicidaire.

#### 11.2.2.1. Répartition des images du suicide selon les communautés

Dans toutes les communautés, un pourcentage élevé d'adolescents perçoivent le suicide comme le résultat de la souffrance. Ces proportions sont 42,8% pour les adolescents haïtiens, 42,7% chez les Latino-américaines et 61,2% pour les Québécois de souche francophone. Cependant, pour un certain nombre, l'image reliée au suicide est celle des problèmes de santé mentale, qui réfère à la combinaison des options le possédé, le dépressif et le fou. Il s'agit de 25,1% des adolescents haïtiens, 26,5% des Latino-américains et 16,5% des Québécois. Parmi les adolescents, très peu, soit 1,9% des Haïtiens, 1,7% des Latino-américains et 0,5% des Québécois relie l'image de la honte au suicide ( $\chi^2 = 29,291$ ;  $dl = 10$ ;  $p < 0,01$ ).

Figure 11.4 Répartition de la perception de l'acte suicidaire selon les communautés

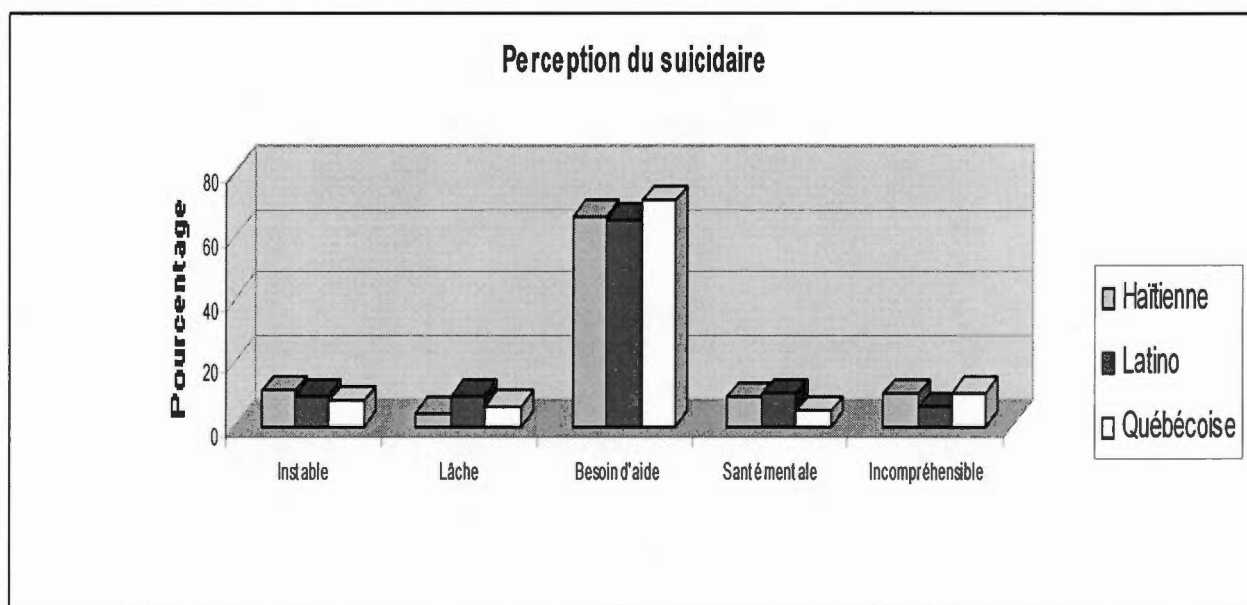




### 11.2.2.2. Répartition des images du suicidaire selon les communautés

Lorsqu'on analyse les principales images mentionnées par les adolescents quant au suicidaire on n'observe pas de différence significative entre les adolescents ( $\chi^2 = 12,568$  ;  $df=10$  ;  $p= ns$ ). En effet, les adolescents de toutes les communautés perçoivent pour la plupart le suicidaire comme une personne ayant besoin d'aide. En outre, parmi eux, l'image de la lâcheté n'est pas vraiment liée au suicidaire, car très peu y adhèrent.

Figure 11.5 Répartition de la perception du suicidaire selon les communautés



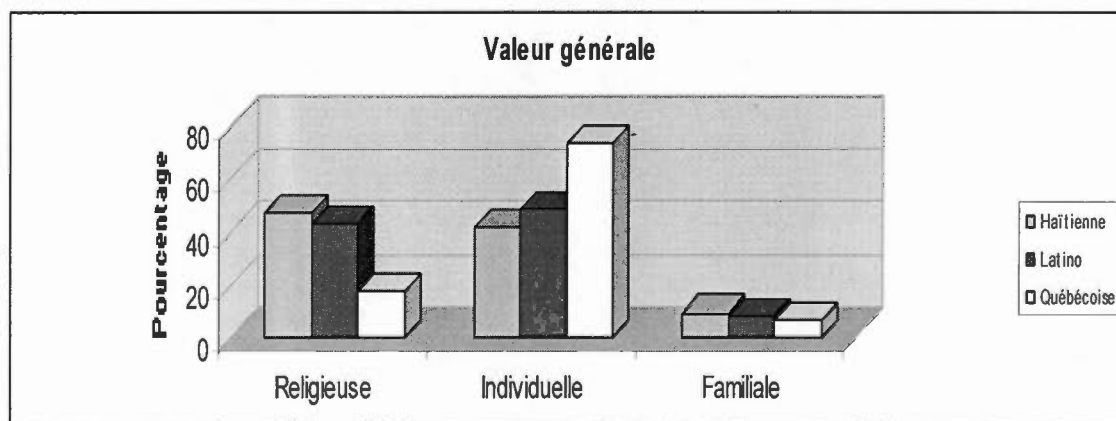
### 11.2.3. Valeurs

La valeur à laquelle les adolescents des communautés culturelles adhèrent le plus fortement est la valeur religieuse, tandis que les adolescents québécois de souche francophone y adhèrent très peu.

#### 11.2.3.1. Valeurs générales selon les communautés

L'examen des items portant sur les valeurs générales permet de constater que les adolescents des trois communautés se situent différemment quant aux valeurs individuelles (2) et aux valeurs religieuses (1) ( $\chi^2 = 42,785$  ;  $dl = 6$  ;  $p < 0,001$ ). Les différences importantes se situent au niveau des valeurs religieuses entre les communautés culturelles (haïtienne = 43,8% et latino-américaine = 33,9%) et québécoise (17,3%). Quant aux valeurs individuelles on retrouve l'adhésion de 38,8% des adolescents haïtiens et 44,4% des Latino-américains comparativement à 69,1% des Québécois de souche francophone.

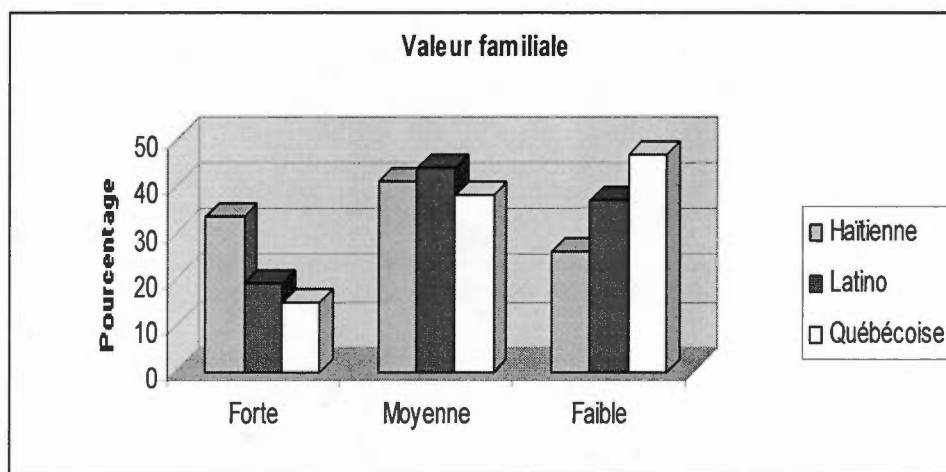
Figure 11.6 Adhésion aux valeurs générales selon les communautés



### 11.2.3.2. Valeurs familiales selon les communautés

Pour ce qui est des valeurs familiales, on observe qu'il y a une différence significative entre les communautés ( $\chi^2 = 28,110$ ;  $dl = 4$ ;  $p < 0,001$ ). En effet, il existe une grande différence entre les adolescents haïtiens et les québécois de souche francophone. Les premiers expriment en majorité une adhésion forte ou moyenne aux valeurs familiales (forte : 33,2% et moyenne : 41,1%) tandis que les seconds ont pour la plupart une faible adhésion (46,7%). Ensuite, on trouve une différence entre les adolescents haïtiens et latino-américains. Ainsi, on retrouve 33,2 % des adolescents haïtiens qui adhèrent fortement aux valeurs familiales comparativement à 19,0% des adolescents latino-américains.

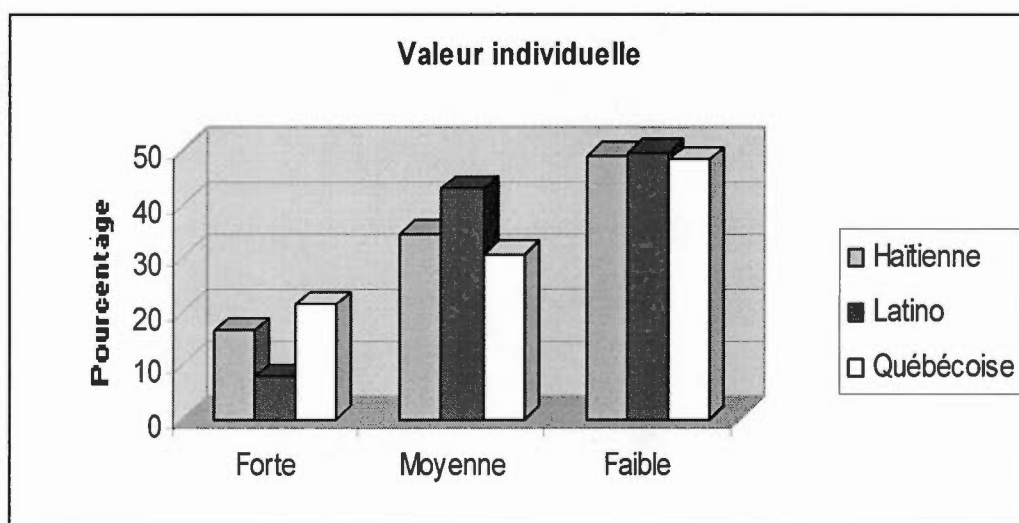
Figure 11.7 Adhésion aux valeurs familiales selon les communautés



### 11.2.3.3. Valeurs individuelles selon les communautés

Les adolescents se positionnent différemment quant aux valeurs individuelles ( $\chi^2 = 11,476$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,05$ ). Ainsi, 21,2% des adolescents québécois de souche francophone ont indiqué une adhésion forte aux valeurs individuelles comparativement à 7,7 % des Latino-américains. Toutefois, près de la moitié des adolescents des trois communautés ont exprimé une faible adhésion aux valeurs individuelles

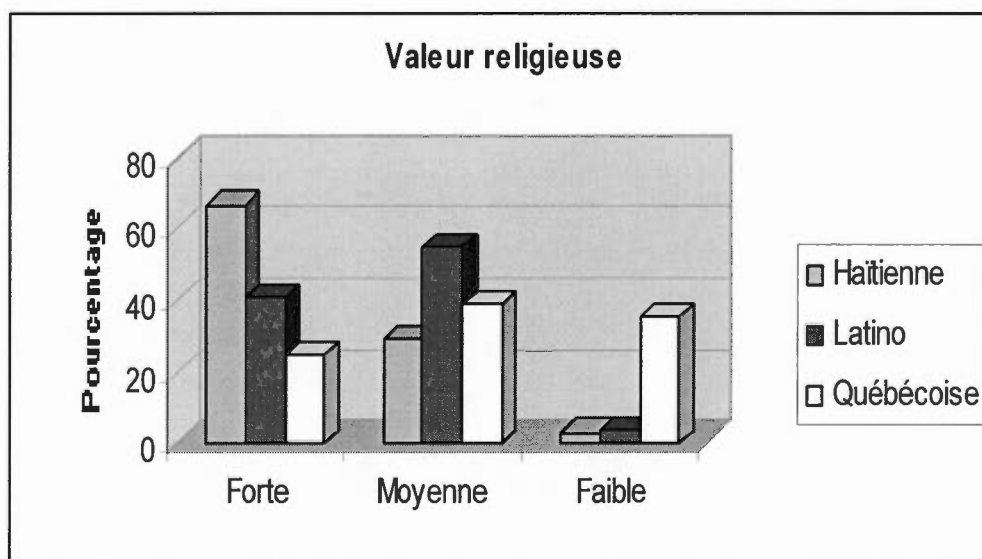
Figure 11.8 Adhésion aux valeurs individuelles selon les communautés



#### 11.2.3.4. Valeurs religieuses selon les communautés

Au niveau des valeurs religieuses, on retrouve que les communautés sont significativement différentes ( $\chi^2 = 129,825$ ;  $dl = 4$ ;  $p < 0,001$ ). En premier lieu, il y a une différence entre les adolescents haïtiens et latino-américains versus les adolescents québécois de souche francophone. Beaucoup d'adolescents haïtiens adhèrent fortement aux valeurs religieuses avec un pourcentage de 66,8 %, les adolescents latino-américains avec un moindre pourcentage 40,7, tandis qu'un adolescent québécois sur quatre y adhère fortement. De plus, rare sont les adolescents des communautés qui croient faiblement aux valeurs religieuses (3,5% et 4,2%) comparativement à 35,5% des adolescents québécois.

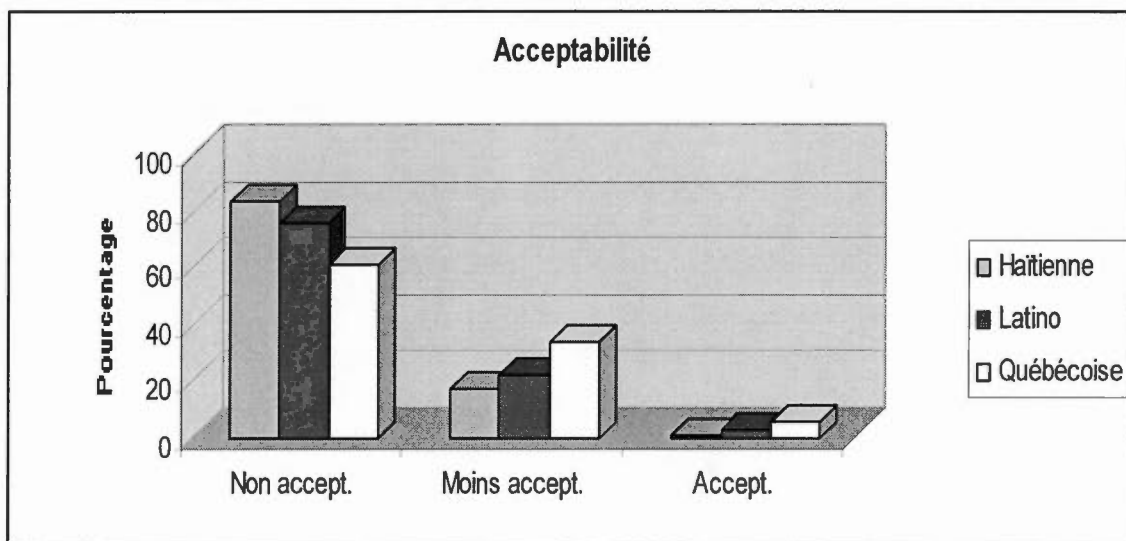
Figure 11.9 Adhésion aux valeurs religieuses selon les communautés



### 11.2.3.5. Acceptabilité

Au niveau de l'acceptabilité du geste suicidaire, de façon générale la majorité des adolescents considère inacceptable (1) le suicide d'un jeune. Cependant, les résultats révèlent que les adolescents des communautés culturelles diffèrent significativement des adolescents québécois de souche francophone ( $\chi^2 = 28,173$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$ ). Ainsi, les adolescents haïtiens n'acceptent pas l'option suicide à 82,9%, de même que les adolescents latino-américains avec un pourcentage de 75,4, alors que chez les adolescents québécois ce pourcentage descend à 61,1.

Figure 11.10 Acceptabilité du geste suicidaire selon les communautés



#### *11.2.4. Synthèse des dimensions de la représentation sociale des adolescents des communautés ethnoculturelles*

L'analyse des données permet de constater qu'il y a plusieurs différences significatives entre les communautés culturelles et la communauté québécoise. En effet, les adolescents des communautés culturelles ont les mêmes croyances quand il s'agit d'expliquer le principal facteur de protection (famille) contre le suicide (40,5% et 54,7%), tandis que la communauté québécoise considère les amis comme principal facteur de protection (45,9%).

D'autre part, au niveau des perceptions la plupart des adolescents relie le suicide à la souffrance. Toutefois, il existe des différences dans les pourcentages d'adhésion des adolescents des communautés culturelles (42,8% et 42,7%) et les adolescents québécois de souche francophone (61,2%).

Par ailleurs, on retrouve des différences entre les trois communautés quant aux valeurs religieuses. Très peu d'adolescents des communautés culturelles vont adhérer faiblement aux valeurs religieuses, comparativement à 35,5% des adolescents québécois de souche francophone. Quant aux valeurs familiales, la grande partie des adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine vont y adhérer moyennement (41,1% et 44,0%) ou fortement (33,2% et 19,0%), tandis que la plupart des adolescents québécois y adhèrent moyennement (38,2%) ou faiblement (46,7%).

Quant à l'acceptabilité du geste suicidaire, près de huit adolescents sur dix des communautés culturelles indiquent que c'est un geste inacceptable tandis que cette proportion descend à six sur dix pour les adolescents québécois de souche francophone.

### ***11.3. Analyse factorielle des éléments constitutif de la représentation sociale du suicide***

#### ***11.3.1. Description de l'analyse factorielle***

Cette section des résultats porte sur les principaux éléments qui permettent de déterminer les RS des adolescents. En d'autres mots, on y retrouve l'organisation des items qui structure la RS à l'aide de l'analyse factorielle en composante principale (ACP) avec rotation Varimax.

Tel que mentionné dans la section précédente, la RS est construite à partir des éléments constitutifs, soit les croyances, les perceptions, les valeurs et les attitudes. Dans la problématique suicidaire étant donné que l'affiliation religieuse peut jouer un rôle prépondérant, elle est comprise dans l'analyse. Alors l'analyse factorielle qui suit est réalisée à partir des différents éléments ci-dessus mentionnés. Elle a pour objectif d'identifier les principales dimensions latentes des théories naturelles (sens commun) du suicide chez les adolescents. L'analyse permet aussi de structurer l'information véhiculée par les différentes composantes, d'en ressortir la dynamique et de faire émerger les principes organisateurs du contenu de la RS. Par la suite, à partir des scores factoriels, des analyses de variance sont réalisées afin de comparer les différentes communautés.

Étant donné qu'il y avait beaucoup plus d'items portant sur les attitudes que sur les croyances, les perceptions et les valeurs, pour l'analyse factorielle, les deux items qui mesurent le plus directement l'attitude décrite par la sous-échelle ont été sélectionnés. Ainsi, la sous-échelle maladie mentale comprend la question 10 «En général, les personnes qui se suicident ont une maladie mentale. » et 57 «Les individus dépressifs sont plus à risque de se suicider.». De la sous échelle « demande d'aide » on retient les questions 16 «La plupart des gens qui attendent à leur vie ne veulent pas vraiment mourir. » et 37 «Une tentative de suicide est essentiellement un appel à l'aide. » Pour la sous-échelle « droit de mourir », les questions 36 «Si quelqu'un veut se suicider, c'est son affaire ; on ne doit pas s'en mêler. » et 54 «On n'a pas le droit de s'enlever la vie. » ont



été sélectionnées. En ce qui a trait aux attitudes religieuses, les questions 44 «Les personnes qui tentent de se suicider manquent de fermes convictions religieuses.» et 49 «La plupart des personnes qui meurent par suicide ne croient pas en Dieu.» ont servies à l'analyse. Les questions 30 «Le suicide est un comportement humain normal.» et 34 «Quelquefois le suicide représente la seule porte de sortie des problèmes de la vie.» ont été utilisées pour la normalité. Pour ce qui est de la moralité les questions 28 «En général, le suicide est un acte épouvantable qui ne peut être pardonné.» et 35 «Le suicide constitue une transgression morale très grave.» ont été choisies. Finalement, les questions 20 «Un grand pourcentage des victimes du suicide provient de familles éclatées.» et 53 «En tant que groupe, les personnes qui attendent à leur vie ont connu des relations familiales dysfonctionnelles dans leur enfance.» ont servies pour la sous-échelle famille.

Les items ayant une saturation égale ou supérieure à 0,35 sont ceux retenus pour l'interprétation. Les items n'ayant pas une saturation correspondant à la limite retenue sont enlevés et l'ACP est reprise. A partir de ce critère, 2 items ont été enlevés, il s'agit des éléments qui peuvent empêcher un jeune de s'enlever la vie à été éliminé (question 66) et des sentiments rattachés à l'acte suicidaire (question 60).

### ***11.3.2. Résultats de l'analyse factorielle***

L'analyse factorielle en composante principale avec rotation Varimax effectuée sur tout l'échantillon a fait émerger à partir du test de la valeur propre, 8 facteurs dont la valeur propre est supérieure à 1. Cependant, sur certains facteurs il n'y avait qu'un seul item, donc la solution proposée n'était pas intéressante.

Ainsi, la méthode du test de l'éboullis a été favorisée pour regrouper les facteurs. Ce test suggère d'organiser les données selon 6 facteurs. Le KMO est de 0,753 ce qui confirme la pertinence d'effectuer une ACP sur la matrice de corrélation. Ainsi on retrouve six facteurs qui expliquent 45,98% de la variance totale (Tableau 11.1).

Tableau 11.1: Représentation sociale du suicide des adolescents : ACP

<b>Facteur</b>	<b>Valeur propre</b>	<b>% variance</b>	<b>% variance cumul.</b>
<b>1. Évaluation traditionnelle</b>	3,604	15,67	15,67
<b>2. Évaluation humaniste</b>	1,697	7,38	23,05
<b>3. Dysfonctionnement</b>	1,477	6,42	29,47
<b>4. Évaluation sociale</b>	1,314	5,71	35,18
<b>5. Normes religieuses</b>	1,274	5,54	40,72
<b>6. Préconçus</b>	1,209	5,26	45,98

#### *11.3.2.1. Description des facteurs de l'analyse factorielle en composante principale*

Le premier facteur nommé «évaluation traditionnelle du suicide» explique 15,67% de la variance et est fortement saturé par des items qui réfèrent aux anciens clichés. Il est à noter que le terme « traditionnelle » renvoie à la société québécoise de la première moitié du 20<sup>ième</sup> siècle. Ainsi, on y retrouve le manque de conviction religieuse (=0,591) et la non croyance en Dieu (=0,571). Par ailleurs, l'opinion que le suicide est un acte épouvantable ne pouvant être pardonné (0,706), les valeurs familiales (0,584), le non droit au suicide (-0,474) et le suicide en lien à la maladie mentale (0,409) sont les autres items de ce facteur.

Le deuxième facteur regroupe les attitudes en lien à la normalité (0,689) et (0,518) et l'acceptabilité (-0,570) du phénomène suicidaire et les valeurs individualistes (0,601). Ce facteur nommé «évaluation humaniste du suicide » explique 7,38% de la variance. Par humaniste on réfère au potentiel de l'humain, à ses prises de conscience et son libre arbitre.

Le troisième facteur nommé «dysfonctionnement lié au suicide » explique 6,42% de la variance totale. Il regroupe 3 items dont deux sont en lien aux situations familiales problématiques qui peuvent amener un jeune à attenter à sa vie. Ainsi, on y retrouve les relations familiales dysfonctionnelles (0,734) et l'éclatement de la famille (0,678), le dernier item relie le suicide à la dépression (0,565).

Le quatrième facteur comprend des items qui évaluent le geste suicidaire en fonction des relations humaines. Il est nommé «évaluation sociale du suicide». Il renferme les items suivant : «ce n'est pas seulement l'affaire de la personne suicidaire » (-0,703) «c'est un cri d'appel » (0,486) et c'est une transgression morale (0,415). Ce facteur explique 5,71% de la variance totale.

Le cinquième facteur est composé du non désir de mourir du suicidaire (0,661), de l'affiliation religieuse (0,580) et des valeurs religieuses (0,442), il est nommé « normes religieuses » et explique 5,54 % de la variance.

Le sixième facteur nommé «préconçus quant au suicide' explique 5,26% de la variance et rassemble les perceptions quant à la personne suicidaire (0,733) et au suicide (0,503). On y relève aussi les causes (0,445) et les valeurs générales (0,377) reliées au suicide.

Les facteurs 1 et 5 comprennent tous deux des variables en lien avec la religion. Cependant, ils se différencient du fait que le facteur 1 est plus englobant ; il comprend des éléments d'évaluation et de jugement (suicide ne peut être pardonner, pas le droit de se suicider) aussi bien que des variables familiales et la maladie mentale

Tableau 11.2: Saturation factorielle des items des représentations sociales après rotation  
Varimax pour toutes les communautés

Item	Facteur					
	1	2	3	4	5	6
Moralité1	0,706					
Religion1	0,591					
Valeur fam.	0,584					
Religion2	0,571					
Droit mourir2	-0,474					
Santé mentale1	0,409					
Normalité2		0,689				
Valeur ind.		0,601				
Acceptable		-0,570				
Normalité1		0,518				
Famille2			0,734			
Famille1			0,678			
Santé mentale2			0,565			
Droit mourir1				0,703		
Attirer attention2				-0,486		
Moralité 2				-0,415		
Attirer attention1					0,661	
RelR					0,580	
Val. religieuse					0,442	
Suicidaire						0,733
Perception						0,503
Cause						0,445
Valeur						0,377

## ***11.4. Analyse de variance des facteurs de la représentation sociale du suicide***

### ***11.4.1 Présentation de l'analyse de variance***

Afin de comparer les communautés ethnoculturelles, le modèle linéaire d'analyse de variance multivariée (GLM) est produit à partir des scores factoriels des adolescents. Pour ce faire, la communauté et le genre sont utilisés comme variables indépendantes et la pratique religieuse en covariée afin de mesurer son effet sur les représentations. Avant d'entreprendre l'analyse, les postulats de base de l'analyse de variance ont été vérifiés.

### ***11.4.2. Résultats de l'analyse de variance***

Les résultats de l'analyse montrent que même avec la pratique religieuse comme covariée, il existe un effet principal pour la communauté (Wilks'Lambda = 0,803 ; F [12,802] = 7,746;  $p < 0,001$ ), le genre (Wilks'Lambda = 0,942; F [6,401] = 4,092;  $p < 0,001$ ) et qu'il n'y a pas d'interaction entre la communauté et le genre.

La proportion de la variance totale expliquée par le modèle ajusté permet de constater que les communautés ont des organisations différentes sur trois facteurs. Ainsi, on retrouve des différences significatives entre les adolescents sur le premier facteur «évaluation traditionnelle du suicide» F [2,406] = 21,789;  $p < 0,001$ ), le second facteur «évaluation humaniste du suicide» F [2,406] = 3,942;  $p < 0,05$ ) et le cinquième facteur «normes religieuses» F [2,406] = 10,079;  $p < 0,001$ ).

## Test de contraste

Les résultats des analyses de contraste à priori sur les différents facteurs entre les communautés permettent de déterminer quelles sont les communautés qui diffèrent. Pour ce faire, deux contrastes ont été réalisés, le premier entre les communautés culturelles (haïtienne /latino-américaine) versus la communauté québécoise, le second entre les communautés culturelles. On observe que les écarts les plus marqués sont entre les communautés culturelles versus la communauté québécoise et qu'il n'y a pas d'écart significatif entre les communautés culturelles. Seuls les résultats significatifs sont discutés.

Ainsi, le test de contraste du t de Student (Tableau 11.-) démontre qu'il y a une différence entre les communautés culturelles et québécoise pour le premier facteurs 'évaluation traditionnelle du suicide' ( $\tau = 0,630$ ;  $p < 0,001$ ), sur le second facteur 'évaluation humaniste du suicide' ( $\tau = -0,313$ ;  $df=2$ ;  $p < 0,01$ ), et au cinquième facteur 'normes religieuses' ( $\tau = 0,424$ ;  $p < 0,001$ ). Il n'y a pas de différence significative entre les communautés en ce qui concerne les autres facteurs.

Ainsi, quant au premier facteur soit la représentation traditionnelle du suicide, les adolescents haïtiens (-0,384) et latino-américains (-0,108) ont une représentation très traditionnelle, c'est à dire qu'ils relient le suicide aux valeurs religieuses et à la morale. Les adolescents québécois de souche francophone, eux rejettent cette représentation du suicide (moyenne= 0,481).

À partir de l'analyse du second facteur nommé «évaluation humaniste du suicide» on constate que les adolescents québécois expriment fortement leur accord à cette représentation du suicide (-0,234) tandis que ceux des communautés culturelles ne l'adoptent pas (0,123 et 0,153).

Ainsi, les adolescents québécois de souche francophone croient que le suicide est un comportement normal, que parfois c'est une porte de sortie et que l'on doit respecter la liberté de l'individu même si l'on n'accepte pas le geste.

Enfin, les données révèlent qu'il y a une différence entre les adolescents des communautés culturelles et les adolescents québécois quant au cinquième facteur qui réfère aux normes religieuses. En effet, les Haïtiens (-0,298) et les Latino-américains (-0,139) évaluent l'acte suicidaire en fonction des normes religieuses, tandis que les adolescents québécois les considèrent beaucoup moins (0,393).

Tableau 11.3: Comparaison des représentations sociales du suicide des adolescents des communautés ethnoculturelles : GLM

Facteur	Communauté	Moyenne	ET	F	Êta-carré
<b>1 Évaluation traditionnelle</b>	Haïtienne	-0,384	0,994	<b>21,789***</b>	<b>0,097</b>
	Latino-américaine	-0,108	0,843		
	Québécoise	0,481	0,894		
<b>2 Évaluation humaniste</b>	Haïtienne	0,123	0,853	<b>3,942*</b>	<b>0,019</b>
	Latino-américaine	0,153	0,977		
	Québécoise	-0,234	1,122		
<b>3 Dysfonctionnement</b>	Haïtienne	0,051	0,990	<b>1,250</b>	<b>0,006</b>
	Latino-américaine	-0,145	0,979		
	Québécoise	0,044	1,029		
<b>4 Évaluation sociale</b>	Haïtienne	0,074	1,043	<b>0,987</b>	<b>0,005</b>
	Latino-américaine	-0,017	0,928		
	Québécoise	-0,068	1,011		
<b>5. Normes religieuses</b>	Haïtienne	-0,298	0,892	<b>10,079***</b>	<b>0,047</b>
	Latino-américaine	-0,139	0,918		
	Québécoise	0,393	1,040		
<b>6 Préconçus</b>	Haïtienne	-0,034	0,969	<b>1,858</b>	<b>0,009</b>
	Latino-américaine	-0,079	1,101		
	Québécoise	0,107	0,952		

\*= significatif à  $p < 0,05$  ; \*\*\* = significatif à  $p < 0,001$ .

Tableau 11.4: Résultats du test de contraste des facteurs en fonction de la communauté

Facteur	Contraste	T
1. Évaluation traditionnelle	1	0,630***
	2	0,218
2. Évaluation humaniste	1	-0,313**
	2	0,053
3. Dysfonctionnement	1	0,062
	2	-0,199
4. Évaluation sociale	1	-0,100
	2	-0,128
5. Normes religieuses	1	0,424***
	2	0,172
6. Préconçus	1	0,215
	2	-0,008

Contraste 1 : communauté culturelles versus québécoise

Contraste 2 : communauté haïtienne versus latino-américaine

\*\* = significatif à  $p < 0,01$ ; \*\*\* = significatif à  $p < 0,01$ .

#### 11.4.3. Représentation sociale des adolescents en fonction du genre

L'analyse de variance montre qu'il y a des différences entre les adolescentes et les adolescents sur plusieurs facteurs.

Les résultats indiquent une différenciation pour le premier facteur nommé «évaluation traditionnelle du suicide'  $F [1,406] = 4,243$  ;  $p < 0,05$ ). Ainsi, les adolescentes (moyenne = 0,073) ont une représentation moins traditionnelle. Les adolescents (moyenne = -0,076) adoptent plus cette représentation du suicide ( $\tau = 0,191$ ;  $p < 0,05$ ).

À partir de l'analyse on constate que le quatrième facteur nommé «évaluation sociale' présente des différences entre les adolescents [ $F 1, 406] = 8,543$ ;  $p < 0,01$ ).

En effet, les adolescentes (moyenne = 0,128) adhèrent plus à cette représentation du suicide tandis que les adolescents (moyenne = -0,150) ne l'adoptent pas ( $\tau = 0,297$ ;  $p < 0,01$ ).



Enfin, les données révèlent qu'il y a une différence entre les adolescents et les adolescentes quant au facteur 5 qui réfère aux normes religieuses., les adolescentes (moyenne =0,151) évaluent l'acte suicidaire en fonction des normes religieuses, tandis que les adolescents (moyenne =0,170) en tiennent peu compte ( $\tau = 0,322$ ;  $p < 0,01$ ),.

Tableau 11.5: Comparaison des représentations sociales du suicide des adolescents en fonction du genre: GLM

Facteur	Genre	Moyenne	ET	F	Êta-carré
<b>1 Évaluation traditionnelle</b>	Féminin	<b>0,073</b>	<b>1,005</b>	<b>4,243*</b>	<b>0,010</b>
	Masculin	<b>-0,076</b>	<b>0,982</b>		
<b>2 Évaluation humaniste</b>	Féminin	<b>-0,048</b>	<b>1,053</b>	<b>1,350</b>	<b>0,003</b>
	Masculin	<b>0,051</b>	<b>0,943</b>		
<b>3 Dysfonctionnement</b>	Féminin	<b>-0,004</b>	<b>0,987</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>
	Masculin	<b>0,005</b>	<b>1,023</b>		
<b>4 Évaluation sociale</b>	Féminin	<b>0,128</b>	<b>0,971</b>	<b>8,543**</b>	<b>0,021</b>
	Masculin	<b>-0,150</b>	<b>1,022</b>		
<b>5. Normes religieuses</b>	Féminin	<b>-0,151</b>	<b>0,963</b>	<b>11,758**</b>	<b>0,028</b>
	Masculin	<b>0,170</b>	<b>1,022</b>		
<b>6 Préconçus</b>	Féminin	<b>0,053</b>	<b>0,954</b>	<b>0,283</b>	<b>0,001</b>
	Masculin	<b>-0,046</b>	<b>1,047</b>		

\*= significatif à  $p < 0,05$  ; \*\* = significatif à  $p < 0,01$ .

Tableau 11.6: Résultats du test de contraste des facteurs en fonction du genre

Facteur	T (1)
1. Évaluation traditionnelle	0,191*
2. Évaluation humaniste	-0,117
3. Dysfonctionnement	0,002
4. Évaluation sociale	0,297**
5. Normes religieuses	-0,322**
6. Préconçus	0,05

(1) Contraste : adolescentes versus adolescents

\* = significatif à  $p < 0,05$ ; \*\* = significatif à  $p < 0,01$

## 11.5. Analyses secondaires

### 11.5.1. Représentation sociale et pratique religieuse

L'analyse multivariée globale avec la pratique religieuse en covariée révèle une différence entre les adolescents pratiquants et les non pratiquants (Wilks'Lambda = 0,926 ;  $F [6,401] = 5,348$ ;  $p < 0,001$ ). Étant donné que la pratique religieuse est l'objet d'une hypothèse, on examine la représentation sociale en fonction de la pratique religieuse.

En effet, l'analyse montre des différences significatives sur deux facteurs. Ainsi, sur le premier facteur nommé «évaluation traditionnelle du suicide» qui réfère à la représentation du suicide véhiculée par les sociétés plus «traditionnelles», les adolescents pratiquants vont plus adhérer à cette représentation ( $F [1,406] = 7,650$ ;  $p < 0,01$ ). De même, pour le cinquième facteur nommé «normes religieuses» référant à l'adoption des dogmes religieux, les adolescents pratiquants vont plus y souscrire ( $F [1,406] = 14,687$ ;  $p < 0,001$ ; (Tableau 11.7).

Tableau 11.7: Comparaison des représentations sociales du suicide des adolescents en fonction de la pratique religieuse : GLM

Facteur	Pratique	F	Êta-carré
<b>1 Évaluation traditionnelle</b>	Oui	7,650**	0,018
	Non		
<b>2 Évaluation humaniste</b>	Oui	1,858	0,005
	Non		
<b>3 Dysfonctionnement</b>	Oui	0,203	0,001
	Non		
<b>4 Évaluation sociale</b>	Oui	0,128	0,000
	Non		
<b>5. Normes religieuses</b>	Oui	14,687***	0,035
	Non		
<b>6 Préconçus</b>	Oui	2,508	0,006
	Non		

\*= significatif à  $p < 0,05$  ; \*\*\* = significatif à  $p < 0,001$ .

### ***11.6. Synthèse des résultats sur les représentations sociales des communautés ethnoculturelles***

Il est intéressant de souligner que les valeurs religieuses jouent un rôle primordial dans les RS du suicide, c'est à leur niveau qu'on retrouve le plus de disparité au sein des communautés. Les adolescents québécois de souche francophone sont ceux qui adhèrent le moins à ces valeurs (35,5%). Les adolescents latino-américains y adhèrent moyennement (55,1%) tandis que ceux de la communauté haïtienne y sont pour la plupart fortement attachés (66,8%). De plus, très peu d'adolescents des communautés culturelles vont adhérer faiblement aux valeurs religieuses.

Par ailleurs, on retrouve des différences entre les communautés quant aux valeurs familiales, la grande partie des adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine vont y adhérer moyennement (41,1% et 44,0%) ou fortement (33,2% et 19,0%) tandis que la plupart des adolescents québécois de souche francophone y adhèrent moyennement (38,2%) ou faiblement (46,7%).

L'analyse factorielle en composante principale (ACP) et l'analyses de variance multivariée (MANOVA) permet de confirmer que la majorité des adolescents des communautés culturelles sélectionnées ont des RS différentes des adolescents québécois de souche francophone. D'après les résultats, les principales représentations du suicide qui reviennent immanquablement au sein des communautés culturelles sont celles de l'évaluation traditionnelle du suicide et les normes religieuses véhiculée jusqu'à maintenant par les autorités religieuses chrétiennes. Ainsi, on observe que les valeurs religieuses et familiales, de même que le non droit au suicide et le non désir de mourir, sont des éléments qui organisent ces représentations (tableau 11.2). Ces deux représentations sont si proches qu'on peut s'aventurer à les regrouper en un facteur nommé «vision chrétienne' du suicide.

Les résultats de l'analyse de variance permettent d'affirmer que les adolescents des communautés culturelles sont très similaires. Ainsi, on retrouve chez les adolescents haïtiens aussi bien que chez les adolescents latino-américains d'une part l'adoption de la représentation traditionnelle du suicide chez une majorité d'adolescents. D'autre part, la représentation humaniste du suicide est très minoritaire chez les adolescents haïtiens et latino-américains.

Les analyses permettent de constater que les adolescents québécois de souche francophone diffèrent en plusieurs points quant aux communautés culturelles au niveau des représentations. En effet, les éléments rejetés, ou mis à l'écart par ces communautés sont ceux qui sont mis de l'avant ou valorisés au sein de la communauté québécoise. Ainsi, les adolescents québécois de souche francophone, pour la plupart, n'évaluent pas le suicide en fonction des enseignements religieux et n'ont pas la morale rigoriste (Figure 11.4). On retrouve une tendance à éviter de juger l'acte et d'essayer de le comprendre. La principale représentation des adolescents de la communauté québécoise est celle humaniste du suicide, on retrouve cette représentation comme second facteur de l'analyse factorielle (Tableau 11.2).

L'hypothèse de la communauté haïtienne avançant que le suicide est un acte d'impuissance n'est pas vérifiée. De même que celle de la communauté latino-américaine disant que le suicide est un acte dyssocial. Toutefois, dans la vision religieuse du suicide on retrouve la notion d'impuissance personnelle et de coupure sociale ; car dans cette vision la religion et le social ne forment qu'une seule entité.

L'hypothèse de la communauté québécoise, que le suicide est un acte raisonné n'est pas directement confirmée. Cependant, les items qui construisent le second facteur «évaluation humaniste du suicide adopté par la plupart des adolescents québécois de souche francophone renvoi en quelque sorte à une logique derrière le geste suicidaire. Ainsi, l'hypothèse n'est pas vérifiée mais elle est incluse dans la représentation adoptée par les adolescents québécois.

En conclusion, ce chapitre sur les RS à partir des données du questionnaire, n'a pas pu confirmer aucune des hypothèses proposées. Toutefois, on n'a pas pu non plus les infirmer car chacune représente une petite partie d'une RS plus globale adoptée par les adolescents des communautés ethnoculturelles.

## CHAPITRE 12

### REPRÉSENTATION SOCIALE EN FONCTION DE L'IDENTITÉ ETHNIQUE

Au cours de ce chapitre les différentes identités ethniques évaluées chez les adolescents des communautés culturelles sont présentées ainsi que leurs modes d'acculturation. Par la suite, les RS sont présentées en fonction de l'acculturation des adolescents.

#### *12.1. Niveau d'identification aux cultures d'origine et d'accueil*

Le tableau 12.1 permet d'observer que la grande majorité des adolescents des communautés culturelles (haïtienne et latino-américaine) s'identifient dans une forte proportion à leur culture d'origine (84,3% et 95,1%), et s'identifient moyennement à la culture d'accueil (38,7% et 29,3%). Cependant, près de deux adolescents sur dix (18,9%) des communautés culturelles s'identifient très fortement à la culture d'accueil. Aucun adolescent de la communauté latino-américaine s'identifie peu ou pas du tout à sa culture d'origine, comparativement à 1,4 % des adolescents haïtiens.

Ces données rapportent que les adolescents des communautés culturelles conservent pour plus de la moitié une identification forte à leur culture d'origine, qu'ils soient Haïtiens ou Latino-américains. De plus, près de six adolescents sur dix ont aussi une identification forte ou moyenne à leur culture d'accueil.

L'analyse de comparaison entre les communautés à partir du khi-carré révèle qu'il n'y a pas de différence significative entre les adolescents haïtiens et latino-américains quant au niveau d'identification à la culture d'accueil ( $\chi^2=3,510$ ;  $df=3$ ,  $p=ns$ ). Par rapport à la culture d'origine, l'absence du nombre minimal de répondant dans 62,5% des cellules invalide le calcul du khi-carré.

Tableau 12.1: Niveau d'identification aux cultures d'origine et d'accueil

Niveau d'identification	Communauté	Culture			
		Origine		Accueil	
		N=	%	N	%
<b>Complètement (8-10)</b>	Haïtienne	183	84,3	38	17,5
	Latino-américaine	39	95,1	11	26,8
	Tous	222	85,7	49	18,9
<b>Moyennement (5-7)</b>	Haïtienne	28	12,9	84	38,7
	Latino-américaine	2	4,9	12	29,3
	Tous	30	11,5	96	37,3
<b>Peu (3-4)</b>	Haïtienne	3	1,4	29	13,4
	Latino-américaine	0	0	6	14,6
	Tous	3	1,2	35	13,6
<b>Pas du tout (1-2)</b>	Haïtienne	3	1,4	66	30,4
	Latino-américaine	0	0	12	29,3
	Tous	4	1,5	78	30,2
<b>Khi-carré</b>		∞		0,483	

---

∞ Khi-carré non valide (62,5% cellules ont une valeur inférieur à 5)

## ***12.2. Mode d'acculturation des adolescents***

Les adolescents des communautés culturelles adoptent dans la majorité des cas (55,43%) l'intégration comme mode d'acculturation. Très peu d'adolescents sont assimilés (0,77%) ou marginalisés (1,55%). Ainsi, presque tous les adolescents ont une forte identification à leur culture d'origine et aussi une bonne identification à la culture d'accueil.

Les données de l'étude révèlent que les adolescents haïtiens et d'origine haïtienne ont majoritairement l'intégration (55,81%) comme mode d'acculturation, suivi de l'ethnocentrisme avec un pourcentage de 41,40. Les deux autres modes d'acculturation sont rarement adoptés par les adolescents haïtiens comme mode d'acculturation à la société québécoise. On retrouve chez les adolescents latino-américains le même mode de distribution avec une majorité adoptant l'intégration (56,1%) comme mode d'acculturation suivi de l'ethnocentrisme (43,9%). Aucun adolescent n'est assimilé ou marginalisé.

La distribution de fréquence d'acculturation fait constater qu'il y a rarement des adolescents qui adoptent les modes d'acculturation assimilation et marginalisation. Alors afin de procéder aux comparaisons statistiques de Khi-carré ( $\chi^2$ ) entre les communautés, on ne maintient que les catégories ethnocentrisme et intégration. La comparaison inter-communauté révèle qu'il n'y a pas de relation significative entre les modes d'acculturation et la communauté ( $\chi^2 = 0$ ; 24 dl = 1 ; p = ns).

Étant donné l'absence de différence significative entre les communautés quant au mode d'acculturation, dans les analyses subséquentes la variable communauté n'est pas considérée.



Tableau 12.2 : Comparaison de la fréquence des modes d'acculturation selon les communautés culturelles

Acculturation	Communauté	N (256)	%	Khi-carré
<b>Ethnocentrisme</b>	Haïtienne	89	41,40	0,24 <sup>1</sup>
	Latino-américaine	18	43,90	
	Tous	107	41,47	
<b>Intégration</b>	Haïtienne	120	55,81	
	Latino-américaine	23	56,10	
	Tous	143	55,86	
<b>Autres</b>	Haïtienne	6	2,79	
	Latino-américaine	0	0	
	Tous	6	2,79	

<sup>1</sup> = P non significatif (ns)

### 12.3. Analyse secondaire

Comme il s'agit d'un sous-échantillon, il n'y a pas assez de sujet pour réaliser une analyse multivariée. Cependant les données le permettant, il est intéressant de vérifier l'association entre le mode d'acculturation et le genre, et entre le mode d'acculturation et le pays de naissance à l'aide de tableau croisé.

#### 12.3.1. L'acculturation selon le genre

L'analyse selon le genre permet de constater qu'il n'y a pas d'association entre le genre et le mode d'acculturation adopté par les adolescents ( $\chi^2 = 0,058$ ; dl = 1; p = ns). Ainsi l'hypothèse d'une association entre l'acculturation et le genre est infirmée.

Tableau 12.3: Mode d'acculturation selon le genre

Genre	Acculturation	N	%	Khi-carré
<b>Féminin</b>	Ethnocentrisme	55	43,3	Ns
	Intégration	72	56,7	
<b>Masculin</b>	Ethnocentrisme	51	41,8	
	Intégration	71	58,2	

### 12.3.2. L'acculturation selon le pays de naissance

Le pays de naissance des adolescents est associé au mode d'acculturation qu'ils adoptent ( $\chi^2 = 11,292$ ; dl = 1;  $p = 0,001$ ). En effet, les résultats permettent d'observer que les adolescents nés au Canada adoptent dans une proportion de 6 pour dix l'intégration comme mode d'acculturation, tandis que, les adolescents qui ont immigré au Canada adoptent l'ethnocentrisme dans une proportion de 6 pour dix.

Tableau 12.4: Mode d'acculturation des adolescents des communautés culturelles selon le pays de naissance

Pays	Acculturation.	n	%	Khi-carré
<b>Canada (173)</b>	Ethnocentrisme	62	35,84	11,292**
	Intégration	111	64,16	
<b>Autres (65)</b>	Ethnocentrisme	39	60,0	
	Intégration	26	40,0	

Autres comprend Haïti et les pays de l'Amérique-latine

\*\*  $P < 0,01$

### ***12.3.3. Représentation sociale selon le mode d'acculturation***

Les analyses des relations entre les RS et le mode d'acculturation sont réalisées afin de vérifier l'hypothèse secondaire qui a été présentée.

L'analyse de variance à partir des scores factoriels des adolescents en fonction de l'acculturation révèle qu'il n'y a pas de différence significative entre les adolescents qui adoptent l'ethnocentrisme comme mode d'acculturation et ceux qui adoptent l'intégration quant aux différentes RS du suicide (Wilks'Lambda = 0,965;  $F [6,188] = 1,153$ ;  $p = ns$ ).

Les facteurs utilisés pour ces analyses sont ceux identifiés au chapitre 11 soit : l'évaluation traditionnelle du suicide (facteur 1), l'évaluation humaniste du suicide (facteur 2), le dysfonctionnement lié au suicide (facteur 3), l'évaluation sociale du suicide (facteur 4), les normes religieuses (facteur 5) et les préconçus quant au suicide (facteur 6)

Les résultats de l'analyse de variance viennent infirmer l'hypothèse que les adolescents haïtiens ou latino-américains ayant l'intégration comme mode d'acculturation auront une attitude globale plus positive quant au suicide que ceux qui optent pour l'ethnocentrisme. Néanmoins, on observe une tendance vers l'adoption de la représentation traditionnelle des adolescents ayant l'ethnocentrisme comme mode d'acculturation  $F [1,193] = 3,810$ ;  $p = 0,05$ ).

Tableau 12. 5: Analyse de variance des représentations sociales en fonction de l'acculturation des adolescents

<b>Facteur RS</b>	<b>Acculturation</b>	<b>Moyenne</b>	<b>F</b>
<b>1. Évaluation traditionnelle</b>	Ethnocentrisme	-0,471	3,810*
	Intégration	-0,193	
<b>2 Évaluation humaniste</b>	Ethnocentrisme	0,189	0,156
	Intégration	0,239	
<b>3. Dysfonctionnement</b>	Ethnocentrisme	0,441	0,811
	Intégration	-0,082	
<b>4. Évaluation sociale</b>	Ethnocentrisme	0,007	0,585
	Intégration	0,119	
<b>5. Normes religieuses</b>	Ethnocentrisme	-0,321	0,017
	Intégration	-0,305	
<b>6. Préconçus</b>	Ethnocentrisme	0,796	2,272
	Intégration	-0,138	

\*=  $p < 0,05$

## ***12.4. Synthèse***

Les résultats montrent que les adolescents haïtiens et d'origine haïtienne aussi bien que les adolescents latino-américain et d'origine latino-américaine ont l'intégration comme principal mode d'acculturation à la société québécoise suivi de l'ethnocentrisme (tableau 12.2).

Les résultats démontrent aussi que les adolescents des communautés culturelles ont des distributions d'acculturation différente selon le pays de naissance. Ainsi, les adolescents qui sont nés au Canada adoptent en majorité l'intégration comme mode d'acculturation, tandis que, les adolescents qui sont nés ailleurs adoptent en majorité l'ethnocentrisme.

Finalement, l'examen des données met en évidence qu'il n'y qu'une différence significative concernant les RS parmi les adolescents qui ont l'intégration ou l'ethnocentrisme comme mode d'acculturation. Ainsi, on observe une tendance des adolescents ayant l'ethnocentrisme comme mode d'acculturation à plus adopter la représentation sociale traditionnelle du suicide (tableau 12.5).

## CHAPITRE 13

### REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES ADOLESCENTS DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES À PARTIR DES ENTREVUES DE GROUPE

Lors de ce chapitre les résultats de l'analyse des entrevues de groupe réalisées auprès des adolescents sont présentés. Ils sont tout d'abord exposés en fonction des différentes dimensions de la RS abordées. Alors, dans une première phase, les attitudes, les croyances, les perceptions et les valeurs sont vues afin de dégager les liens entre les différents champs de signification. Par la suite, les principaux contenus des représentations du suicide des communautés ethnoculturelles sont examinés.

Les adolescents ayant participé aux entrevues de groupe l'ont fait sur une base volontaire. La plupart provenait des classes où le questionnaire a été administré, car ceux qui avaient le profil recherché étaient invités à participer. Deux groupes n'avaient pas préalablement répondu au questionnaire. Afin d'analyser les données des entrevues de groupe, l'analyse de contenu à partir des catégories pré-établies a été utilisée. La fidélité inter-juges est de 95% et tous les différents ont été résolus par consensus. Étant donné que l'objectif de l'étude est d'identifier la principale représentation sociale des communautés une approche confirmatoire est utilisée. Ainsi, les citations utilisées sont représentatives des représentations dominantes véhiculées dans les communautés.

#### ***13.1. Description des adolescents des entrevues de groupe***

Avant de présenter les résultats de l'analyse il s'avère pertinent de dresser le portrait des adolescents qui ont participé aux entrevues de groupe.

Tel qu'indiqué au tableau 1, 38 adolescents ont participé aux entrevues de groupe dont 16 de la communauté haïtienne, 11 de la communauté latino-américaine et 11 de la

communauté québécoise. La plus forte proportion des adolescents (60.5%) sont de sexe féminin. La majorité des adolescents sont âgés de 16 ans (57.9%). Au sein de la communauté latino-américaine 9.1% des adolescents ont déjà sérieusement pensé au suicide comparativement à 12.5% chez les Haïtiens et 27.3% chez les adolescents québécois de souche francophone.

Plus d'un tiers (36.4%) des adolescents de la communauté québécoise connaissent quelqu'un qui s'est suicidé comparativement à 6,2% dans la communauté haïtienne et d'aucun dans la communauté latino-américaine. Les adolescents québécois de souche francophone répondent à 27.3% qu'il y a une certaine probabilité qu'à un moment de leur vie ils fassent une tentative de suicide, 25,0% des Haïtiens disent la même chose comparativement à 9.0% des adolescents latino-américains.

Pour ce qui est des variables démographiques les adolescents qui ont participé aux entrevues de groupe sont similaires. Néanmoins, on retrouve une légère différence au niveau des idéations suicidaires sérieuses et une différence remarquable quant à l'exposition au suicide entre les adolescents des communautés culturelles et les adolescents québécois de souche francophone.

Tableau 13.1 : Caractéristiques des participants

Caractéristiques (N=38)	Nombre (N)	Pourcentage (%)
<b>Origine ethnique</b>		
<i>Haïtienne</i>	16	42.2
<i>Latino-américaine</i>	11	28.9
<i>Québécoise</i>	11	28.9
<b>Sexe des adolescents</b>		
<i>Féminin</i>	23	60.5
<i>Masculin</i>	15	39.5
<b>Âge des adolescents</b>		
<i>15 ans</i>	10	26.3
<i>16 ans</i>	22	57.9
<i>17 ans</i>	6	15.8
<b>Idéation sérieuse</b>		
<i>Haïtienne</i>	2	12.5
<i>Latino-américaine</i>	1	9.1
<i>Québécoise</i>	3	27.3
<b>Tentative</b>		
<i>Haïtienne</i>	0	0
<i>Latino-américaine</i>	1	9.1
<i>Québécoise</i>	0	0
<b>Exposition au suicide</b>		
<i>Haïtienne</i>	1	6.2
<i>Latino-américaine</i>	0	0
<i>Québécoise</i>	4	36.4
<b>Probabilité de suicide</b>		
<i>Haïtienne</i>	4	25.0
<i>Latino-américaine</i>	1	9.0
<i>Québécoise</i>	3	27.3



### 13.2. Attitudes

Les résultats permettent d'observer que, dans la communauté haïtienne, ce qui ressort le plus, quant aux attitudes, c'est l'interdiction religieuse et culturelle qui est reliée à l'acte suicidaire. Les adolescents, chrétiens ou non mentionnent qu'ils ont eu comme enseignement de l'église ou des parents, que la vie est un don de Dieu et qu'il ne leur revient pas d'y mettre fin *«parce que surtout les haïtiens y sont chrétiens, pis là ils ont dit de quel droit tu t'enlèves la vie si c'est Dieu qui te l'a donnée...»* H1.

D'autre part, ils soulignent que ce n'est pas un comportement qui fait partie du registre culturel haïtien *«C'est non; tu toffes.»* H2.

Dans la communauté latino-américaine, les attitudes qui prédominent sont reliées à la religion suivie de près par la famille. Pour les adolescents, c'est un acte défendu par la religion *«Le suicide est un acte contre les croyances religieuses.»* L1. De plus, ils prennent en considération l'effet néfaste qu'aurait un suicide sur la famille. Ils s'entendent pour dire que ce serait un coup trop dur pour la famille *«Se tuer c'est être totalement égoïste ne pas penser aux autres, surtout aux parents.»* L2.

Dans la communauté québécoise, l'attitude qui ressort grandement est en lien au déséquilibre mental chez l'individu, cela peut être dû à un niveau trop élevé de stress, à trop de pression de l'entourage, ou trop d'obstacles à surmonter, ce qui va amener le jeune à une dépression et potentiellement par la suite au suicide *«Rendu au suicide c'est sûr qu'il y a un trouble mental qui vient de s'installer parce qu'il y a un déséquilibre à quelque part.. »* Q2. Dans la plupart des cas, le déséquilibre est directement en rapport avec des relations difficiles. De plus, la famille est considérée comme un facteur de risque important *«Les problèmes familiaux tels que les parents violents, la violence psychologique dans la famille, les parents insatisfaits peu importe ce que tu fais, ils démolissent ton estime de soi.»* Q1.

La notion de droit au suicide ressort au niveau de toutes les communautés. Chez les adolescents haïtiens et latino-américains, ils font référence au non droit au suicide soit à cause de l'interdit religieux; *«parce que surtout les haïtiens y sont chrétiens, pis là ils ont dit : «De quel droit tu t'enlèves la vie si c'est Dieu qui te l'a donnée...» H1 «Dans ma religion on dit : « tu vis ta vie', c'est Dieu qui décide quand tu vas mourir ce n'est pas à toi de décider quand tu vas mourir.» L2. Aussi, la solidarité familiale c'est à dire, par conscience du tort qui sera causé aux parents, les latino-américains s'interdisent le suicide «... si la personne a le sida et elle commence à passer du temps avec sa famille mais elle sait qu'elle va mourir mais en se suicidant c'est niaiseux ce qu'elle fait car si elle reste en vie elle peut jouir des derniers moments qu'elle passe avec sa famille.» L1. Par contre, les adolescents québécois de souche francophone mentionnent le droit de l'individu comme élément primordial. Alors, pour l'individu qui a tout essayé et qui ne veut plus souffrir, le tort qui sera causé à autrui n'est plus une question pertinente « Vous avez beau bien dire que c'est égoïste la personne quand elle est rendue à ce point là ce n'est plus à ça qu'a pense; ça fait plus de sens.» Q1.*

Tableau 13.2 : Attitudes envers le suicide des adolescents des communautés

Communauté	Citation représentative (attitude)
<b>Haïtienne</b>	<p><i>«parce que surtout les haïtiens y sont chrétiens, pis là ils ont dit : De quel droit tu t'enlèves la vie si c'est Dieu qui te l'a donnée...» H1</i></p> <p><i>«Même ceux qui ne sont pas religieux vont quand même dire que ce n'est pas bon parce que Dieu ne veut pas», «C'est non; tu toffes.» H2.</i></p> <p><i>«Il faut dire aussi que tu n'as pas le droit de t'enlever la vie.» H3</i></p>
<b>Latino-américaine</b>	<p><i>«Le suicide est un acte contre les croyances religieuses.» L1.</i></p> <p><i>« si la personne a le sida et elle commence a passer du temps avec sa famille mais elle sait qu'elle va mourir mais en se suicidant c'est niaiseux ce qu'elle fait car si elle reste en vie elle peut jouir des derniers moments qu'elle passe avec sa famille.» L1.</i></p> <p><i>«Dans ma religion on dit tu vis ta vie, c'est Dieu qui décide quand tu vas mourir ce n'est pas à toi de décider quand tu vas mourir.» L2.</i></p>
<b>Québécoise</b>	<p><i>«Les problèmes familiaux tels que les parents violents, la violence psychologique dans la famille, les parents insatisfaits peu importe ce que tu fais, ils démolissent ton estime de soi.» Q1.</i></p> <p><i>«vous avez beau bien dire que c'est ; égoïste la personne quand elle est rendue à ce point là ce n'est plus à ça qu'a pense, ça fait plus de sens.» Q1.</i></p>

### 13.3. Perceptions

Au niveau des perceptions relatives à la problématique suicidaire, les résultats montrent que dans la communauté haïtienne, il y a une image négative, détachée, voire lointaine de la problématique suicidaire. Lorsqu'on leur demande les images, ou les sentiments qu'évoquent pour eux le suicide, les adolescents ont énuméré d'une part, les moyens spectaculaires utilisés pour se suicider et d'autre part, ils ont exprimé leur rejet de l'acte suicidaire. Aussi, ils ont une perception négative de la personne suicidaire, il s'agit pour eux d'un faible ou d'un lâche « *Je pense que quelqu'un qui se suicide c'est de la lâcheté, j'y crois pas au suicide.* » H2.

Au sein de la communauté latino-américaine, le suicide est aussi perçu comme quelque chose de lointain. « *Si quelqu'un se suicide ce n'est pas moi, ce n'est pas ma famille, mais le suicide ce n'est pas une bonne chose à faire .* » L1. Le suicidaire est de façon générale perçu négativement, comme pour le jeune haïtien c'est quelqu'un de stupide, de lâche, néanmoins, ils mentionnent qu'il a besoin d'aide « *lâche stupide, quelqu'un qui n'est pas prêt à affronter les problèmes.* » L1.

Dans la communauté québécoise, la notion de maladie revient immanquablement. C'est une maladie qui plus souvent qu'autrement s'est développée à cause des circonstances pénibles telles que l'accumulation de problèmes et la succession d'échecs, elle est aussi accompagnée de la solitude « *Tu vis des situations où la pression est de plus en plus forte à la fin sans t'en rendre compte tu craques.* » Q1. Le suicidaire est dans un état de souffrance qui le rend égoïste « *...alors si tu dis moi je suis tanné de souffrir j'ai une solution de me suicider, c'est normal, naturel donc je vais l'accepter.* » Q2, il ne prend plus en considération l'impact de son geste sur autrui; c'est une personne qui a besoin d'aide. Cette aide a pour principal objectif de l'amener à donner un sens à sa vie « *Il faut lui proposer des alternatives, chercher à l'intéresser à la vie, l'aider à trouver une passion.* » Q1.

Tableau 13.3 : Perception du suicide des adolescents des communautés

Communauté	Citation représentative (perception)
<b>Haïtienne</b>	« Je pense que quelqu'un qui se suicide c'est de la lâcheté, j'y crois pas au suicide. » H2.
<b>Latino-américaine</b>	«...lâche stupide, quelqu'un qui n'est pas prêt à affronter les problèmes. » L1.
<b>Québécoise</b>	«Tu vis des situations ou la pression est de plus en plus forte à la fin sans t'en rendre compte tu craques.» Q1.  «...alors si tu dis moi je suis tanné de souffrir j'ai une solution de me suicider c'est normal naturel, donc je vais l'accepter. » Q2.  «Il faut lui proposer des alternatives, chercher à l'intéresser à la vie, l'aider à trouver une passion.» Q1.

### 13.4. Croyances

La principale croyance des adolescents haïtiens est que le sentiment d'isolement ou de solitude est ce qui pourrait amener un jeune à faire une tentative. De plus, les situations mentionnées qui pourraient amener un jeune à faire une tentative suicidaire sont pour eux des cas hypothétiques. Le sentiment qui prime dans la communauté latino-américaine est l'abandon.

Les adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine ont comme croyances que la lâcheté et le manque de persévérance sont en lien avec le suicide. De plus, ils ne croient pas que ce soit vraiment un problème au sein de leurs communautés mais plutôt un problème chez les Québécois de souche francophone.

La majorité des adolescents québécois de souche francophone croient plutôt que c'est souvent en dernier recours que l'individu va considérer le suicide comme option. C'est

vraiment lorsque les situations extrêmement difficiles vont amener le jeune en désespoir de cause qu'il va attenter à ses jours.

Tableau 13.4: Croyances quant au suicide des adolescents de leurs communautés

Communauté	Citation représentative (croyance)
<b>Haïtienne</b>	<i>«Les Haïtiens ont une autre façon de penser, pour réussir dans la vie il faut travailler dur. Si cela ne fonctionne pas il faut persévérer» H3.</i>
<b>Latino-américaine</b>	<i>«Il y a peu d'hispanophones qui se suicident. c'est plutôt les Québécois, ils stressent trop vite..» L1.</i>
<b>Québécoise</b>	<i>«...tu n'y arrives pas tes parents ne sont pas présents pour toi, tu te retrouves tout seul, à un moment le seul moyen que tu trouves de t'en sortir c'est de te suicider.» Q2.</i>

### 13.5. Valeurs

Au niveau des valeurs, l'analyse des réponses met en évidence que dans les communautés haïtienne et latino-américaine, des valeurs négatives sont rattachées au suicide.

Les valeurs religieuses et culturelles sont mises de l'avant par la communauté haïtienne pour expliquer le rejet *«La religion nous amène à voir le suicide comme un acte totalement négatif.» H3*; *«On n'a tous été élevé à peu près de la même façon, comme la même façon de penser de nos parents, ce n'est pas dans la culture.» H3.*

Au sein de la communauté latino-américaine ce sont d'une part les valeurs religieuses qui condamnent le comportement suicidaire et d'autre part, l'éducation familiale et la douleur qui serait affligée aux parents qui permettent d'expliquer que le comportement suicidaire

est inacceptable «...si on se suicide on ne va pas au paradis, c'est écrit dans la Bible.» L1, «si la personne a le sida et elle commence à passer du temps avec sa famille mais elle sait qu'elle va mourir mais en se suicidant c'est niaisieux ce qu'elle fait car si elle reste en vie elle peut jouir des derniers moments qu'elle passe avec sa famille.» L1.

Dans la communauté québécoise, les valeurs individualistes sont grandement évoquées pour expliquer l'acte suicidaire. Cependant, les opinions sont mitigées, d'un côté, l'acte est accepté en dernier recours et démontre le choix de l'individu et un certain courage, tandis que du côté négatif, il est considéré comme une lâcheté, de l'égoïsme et une perte pour la société «La valeur que j'attache au geste dépend, cela peut être autant positif que négatif.» Q2. Les adolescents québécois de souche francophone considèrent pour la plupart, que le suicide est acceptable dans certaines situations extrêmes. Toutefois, certains s'abstiennent d'évoquer directement leur valeur, car ils ne veulent pas porter de jugement concernant l'acte suicidaire «Je ne veux pas juger la personne qui s'est suicidée c'est tellement dommage, elle aurait sûrement pu s'en sortir mais je ne veux pas porter un jugement.» Q2.

Tableau 13.5 : Valeurs quant au suicide des communautés

Communauté	Citation représentative (valeur)
<b>Haïtienne</b>	<p>« La religion nous amène à voir le suicide comme un acte totalement négatif. » H3.</p> <p>« On n'a tous été élevé a peu près de la même façon, comme la même façon de penser de nos parents, ce n'est pas dans la culture. » H3.</p>
<b>Latino-américaine</b>	<p>« ...si on se suicide on ne va pas au paradis, c'est écrit dans la Bible. » L1,</p> <p>« ...si la personne a le sida et elle commence à passer du temps avec sa famille mais elle sait qu'elle va mourir mais en se suicidant c'est niaiseux ce qu'elle fait car si elle reste en vie elle peut jouir des derniers moments qu'elle passe avec sa famille. » L1.</p>
<b>Québécoise</b>	<p>« La valeur que j'attache au geste dépend, cela peut être autant positif que négatif. » Q2.</p> <p>« Je ne veux pas juger la personne qui s'est suicidée c'est tellement dommage, elle aurait sûrement pu s'en sortir mais je ne veux pas porter un jugement. » Q2.</p>

### 13.5.1. Principes organisateurs des représentations sociales communautés

En résumé, il ressort de ces entrevues de groupe qu'il y a des éléments qui sont partagés par la majorité des adolescents, qu'importe la communauté. Par exemple, la peur, le rejet et la honte sont des sentiments qui dans toutes les communautés sont rapportés être en lien avec le suicide. Cependant, d'une communauté à l'autre leurs interprétations diffèrent.

Ainsi, on retrouve beaucoup d'éléments communs entre les communautés haïtienne et latino-américaine, tels que : la perception négative du suicidaire, les valeurs religieuses interdisant le suicide, le fait de se sentir peu concerné par les comportements suicidaires. Néanmoins, ces éléments s'organisent différemment pour former des RS proches mais distinctes.



### ***13.6. Acceptabilité du geste suicidaire***

Au sein de la communauté haïtienne, la perception négative, les attitudes dictées par la religion interdisant le suicide «*Dieu existe, il nous a donné une vie, c'est à lui de l'enlever, de la reprendre quand lui il désire.*»H2, et les valeurs culturelles valorisant la vie, «*Peut être que la vie est imparfaite mais on doit vivre notre vie, c'est beau la vie.*» H3, font en sorte que le suicide n'est pas acceptable «*...est-ce qu'il y a des circonstances ou des situations où ce qu'il est plus acceptable de se suicider...NON* » H1.

Dans la communauté latino-américaine, les religions chrétiennes bien intégrées chez les adolescents font en sorte que la vie est fortement valorisée et la décision d'y mettre fin ne revient pas à l'individu «*Dans ma religion on dit tu vis ta vie, c'est Dieu qui décide quand tu vas mourir ce n'est pas à toi de décider quand tu vas mourir.*» L1. «*Il y a toujours une raison de vivre. Aucune situation où c'est acceptable.* » L2.

Quant à la communauté québécoise, l'importance des droits individuels, la présence de l'attitude que le suicide est un choix «*On a tous le droit de se suicider, c'est un choix mais on ne le fait pas.*» Q1, et la croyance qu'il y a un mal de l'âme et une grande souffrance rattachée à l'acte suicidaire «*C'est comme un mal de l'âme.*» Q2, ont pour conséquence qu'il n'y a pas d'entente quant à l'acceptabilité du suicide au sein de la communauté «*Si la personne peut être tenue responsable, l'acte n'est pas acceptable, mais s'il ne peut pas être tenu responsable, c'est acceptable.*» Q2.

Tableau 13.6.:Acceptabilité du suicide dans les communautés

Communauté	Citation représentative
<b>Haïtienne</b>	<i>«...est-ce qu'il y a des circonstances ou des situations où ce qu'il est plus acceptable de se suicider...NON.» H1.</i>
<b>Latino-américaine</b>	<i>« Il y a toujours une raison de vivre. Aucune situation où c'est acceptable. » L2.</i>
<b>Québécoise</b>	<i>«Si la personne peut être tenue responsable, l'acte n'est pas acceptable mais s'il ne peut pas être tenu responsable c'est acceptable.» Q2.</i>

### 13.7. Principaux éléments de la représentation sociale

À partir des différentes dimensions de la RS analysées, il ressort que les éléments partagés qui organisent les RS sont différents au sein des trois communautés. En mettant en interaction les différentes dimensions de la RS, il est possible de faire ressortir la ou les principale(s) caractéristique(s) sur laquelle ou lesquelles se basent la RS de chaque communauté.

Ainsi, dans la communauté haïtienne, la principale caractéristique de la RS est que le suicide est un acte incontrôlable (marginal), l'enseignement religieux et l'éducation reçue font en sorte que le suicide est banni, *«La religion nous amène à voir le suicide comme un acte totalement négatif.»* H3. Alors ceux qui y ont recours sont jugés ou considérés anormaux. *«Une personne qui en arrive à considérer le suicide, il y en a qui possèdent pas tous leurs moyens.»* H2; *« Je pense que quelqu'un qui se suicide c'est de la lâcheté, j'y crois pas au suicide. »* H2. Finalement, la vie est valorisée et ce peu importe la qualité de la vie, *«Peut- être que la vie est imparfaite mais on doit vivre notre vie, c'est beau la vie.»* H3.

Au sein de la communauté latino-américaine, les principales caractéristiques de la RS du suicide sont la religion et la famille. En effet, l'interdiction religieuse et l'impact néfaste du geste sur les parents sont à la base du rejet de l'acte suicidaire *«Les valeurs familiales et religieuses qui vont guider nos idées et nos visions.»* L2, *«Se tuer c'est être totalement égoïste, ne pas penser aux autres, surtout aux parents.»* L2. De plus, l'importance de la solidarité familiale est un facteur de protection *«Tu vas profiter des derniers moments que tu vis avec ta famille»* L1.

Encore une fois, on constate que certains sous-éléments de la RS sont similaires au sein de la communauté haïtienne et latino-américaine. Ainsi, pour les adolescents d'origine haïtienne et latino-américaine, le suicide est un acte défendu par la religion chrétienne et la vie en elle-même est valorisée peu importe les situations *«Dieu t'a donné la vie c'est un grand cadeau, d'être en vie. Peut-être que la vie est imparfaite mais on doit vivre notre vie, c'est beau la vie.»* H3, *« Tu vis ta vie peu importe ce qu'il t'arrive.»* L1.

Dans la communauté québécoise, les perceptions que le suicide est en lien avec le déséquilibre mental causé par une source externe et l'extrême souffrance sont les éléments les plus prononcés *«La société dans laquelle on vit n'aide pas nécessairement à avoir une bonne santé mentale, avec le stress, le travail où on demande tout le temps, la performance au maximum, quand le monde n'est plus capable c'est comme un effet domino. »* Q2, *«c'est une sorte de libération pour la personne en faisant ce geste là, la personne n'aura plus aucune souffrance.»* Q2. De plus, l'attitude qu'il faut respecter et ne pas porter un jugement joue un rôle primordial, *«Ce que tu veux dire c'est que quoi qu'elle fasse c'est sa décision, t'as pas nécessairement le droit de juger. »* Q2, de même que la prédominance des valeurs individuelles, font en sorte que l'élément principal de la RS est la notion de droit et de choix ou plutôt de manque de choix qui amène l'individu à abandonner le combat et voir le suicide comme une solution raisonnée pour mettre fin à une accumulation de problèmes, d'échecs ou de situations souffrantes qui semblent sans sortie.

Tableau 13.7 : Principaux éléments de la représentation des communautés

Communauté	Citations représentatives (RS)
<b>Haïtienne</b>	<p>«La religion nous amène à voir le suicide comme un acte totalement négatif.» H3.</p> <p>«Une personne qui en arrive à considérer le suicide, il y en a qui possède pas tous leurs moyens» H2.</p> <p>«Peut être que la vie est imparfaite mais on doit vivre notre vie, c'est beau la vie.» H3.</p>
<b>Latino-américaine</b>	<p>Les valeurs familiales et religieuses qui vont guider nos idées et nos visions.» L2.</p> <p>« Tu vis ta vie peu importe ce qu'il t'arrive.» L1.</p>
<b>Québécoise</b>	<p>«c'est une sorte de libération pour la personne en faisant ce geste là, la personne n'aura plus aucune souffrance » Q2.</p> <p>« Ce que tu veux dire c'est que quoi qu'elle fasse c'est sa décision, t'as pas nécessairement le droit de juger » Q2.</p>

### 13.8. Comportements

Un comportement qui mérite d'être mentionné est la discussion du suicide au sein des communautés. Les adolescents de toutes les communautés s'entendent pour dire que le suicide est rarement discuté dans leur communauté. Chez les adolescents haïtiens et latino-américains, même si certains adolescents ont une bonne relation avec leurs parents et qu'ils discutent de tout, cela ne leur arrive pas de parler du suicide «*Je n'en parle pas avec mes parents pourtant on se parle de tout.*» L2. Certes, plusieurs adolescents québécois de souche francophone mentionnent que si un ami a des idéations, ils vont en

discuter mais autrement, ce n'est pas un sujet qui est discuté avec les parents ou les amis, même s'il est bien médiatisé et qu'ils sont conscients que c'est un problème majeur dans leur communauté.

Tableau 13.8 : Comportements quant au suicide des adolescents des communautés

Communauté	Citation représentative (comportements)
<b>Haïtienne</b>	<i>« On ne parle pas du suicide dans la communauté » H2.</i>
<b>Latino-américaine</b>	<i>« Ce n'est pas un sujet qui est discuté ni entre amis ni avec les parents.. » L1.</i>
<b>Québécoise</b>	<i>« ... entre les membres de la famille on n'en parle pas » Q1.</i>

## CHAPITRE 14

### DISCUSSION

L'objectif premier de cette recherche était d'identifier et de comparer les RS des communautés haïtienne, latino-américaine et québécoise. Pour ce faire, trois hypothèses principales ont été présentées sur les RS dans les communautés. Elles sont suivies d'une série d'hypothèses secondaires portant sur les attitudes, l'acculturation et le genre.

Celles-ci sont discutées au cours de ce chapitre.

#### *14.1. Vérification des principales hypothèses*

Avant d'entamer la vérification des hypothèses, il est important de souligner au préalable deux faits importants. Tout d'abord, il faut rappeler que la recherche est une première du genre, donc il y avait peu d'informations sur lesquelles se baser pour construire les RS des communautés. Deuxièmement, cette recherche a permis de constater que la RS du suicide est beaucoup plus complexe que ce que l'on croyait au départ. On ne peut la considérer d'un point de vue aussi simpliste qu'un qualificatif ; cela manquait de subtilité et de profondeur. Ceci étant dit, on peut procéder à la vérification des principales hypothèses mentionnées ci-dessous. A) La principale représentation sociale du suicide chez les adolescents haïtiens ou d'origine haïtienne est un acte incontrôlable ; b) chez les adolescents latino-américains ou d'origine latino-américaine, elle constitue un acte dyssocial ; c) chez les adolescents québécois de souche francophone, elle est un acte raisonné.

Globalement, les résultats sont consistants avec les hypothèses et démontrent que chaque communauté possède sa propre RS. L'ajout de la variable pratique religieuse comme variable intermédiaire dans les analyses de variance n'a rien changé quant aux différences entre les communautés et entre les genres.

Au cours de la recherche, il est devenu évident, que la RS est une connaissance dynamique, que les prises de positions sont interactives et que des qualificatifs sont trop simples pour identifier les RS. Ce qui a eu pour conséquence que les résultats n'ont pu être vérifiés qu'en partie.

Ainsi, pour la première hypothèse, qui représente le suicide comme un acte incontrôlable, les analyses quantitatives aussi bien que qualitatives, montrent que la perte de contrôle de l'individu sur ce qui lui arrive est un aspect important de la RS du suicide des adolescents haïtiens. Néanmoins, ces derniers mentionnent principalement les valeurs et croyances traditionnelles religieuses avant de parler de perte de contrôle, qui est en quelque sorte la situation précédant le passage à l'acte et non simplement la caractéristique de l'acte.

De même, la seconde hypothèse qui présente le suicide comme un acte dyssocial chez les latino-américain est confirmée en partie par les résultats. Toutefois, la caractéristique dyssociale ne décrit pas simplement l'acte, mais plutôt la conséquence du processus qui a conduit à l'acte. Ainsi, avant qu'un adolescent en arrive à l'acte suicidaire, il y a eu tout un processus de détachement par rapport au tissu social et aux valeurs véhiculées par son environnement social.

Finalement, l'hypothèse qui stipule que la communauté québécoise de souche francophone se représente le suicide comme un acte raisonné est vérifiée, mais une fois de plus, elle ne peut être comprise simplement. Malgré le fait, que les adolescents considèrent qu'il y a un raisonnement menant à l'acte, ils soutiennent aussi que celui-ci est réalisé par une personne qui vit une énorme souffrance psychique, et que sa perspective et sa logique peuvent en être affectées. Ainsi, en dépit de la reconnaissance de l'effet certain de la souffrance de l'individu suicidaire sur sa décision, ils prennent en considération son droit de choisir. Cette contradiction apparente (acte raisonné versus capacité de jugement affectée) peut s'expliquer en grande partie par l'individualisme et le respect des droits individuels qui sont très valorisés dans la société québécoise.

À partir de l'intégration des résultats des différentes étapes de l'étude, on a pu déterminer les principes organisateurs des RS des communautés ethnoculturelles, ce qui permet de mieux considérer la complexité des RS. Tout d'abord, on présentera les principes d'organisation de la RS qu'on a pu faire ressortir à partir des résultats de l'étude (Figure 14.1). Ensuite, la prise de position des trois communautés sera indiquée.

Les RS du suicide des communautés étudiées s'organisent selon trois axes principaux. Tout d'abord, il y a l'axe de la conscience, il va de la conscience familiale à la conscience individuelle. Sur celui-ci, on retrouve la relation familiale, le sentiment d'appartenance, l'interdépendance et l'indépendance de l'individu.

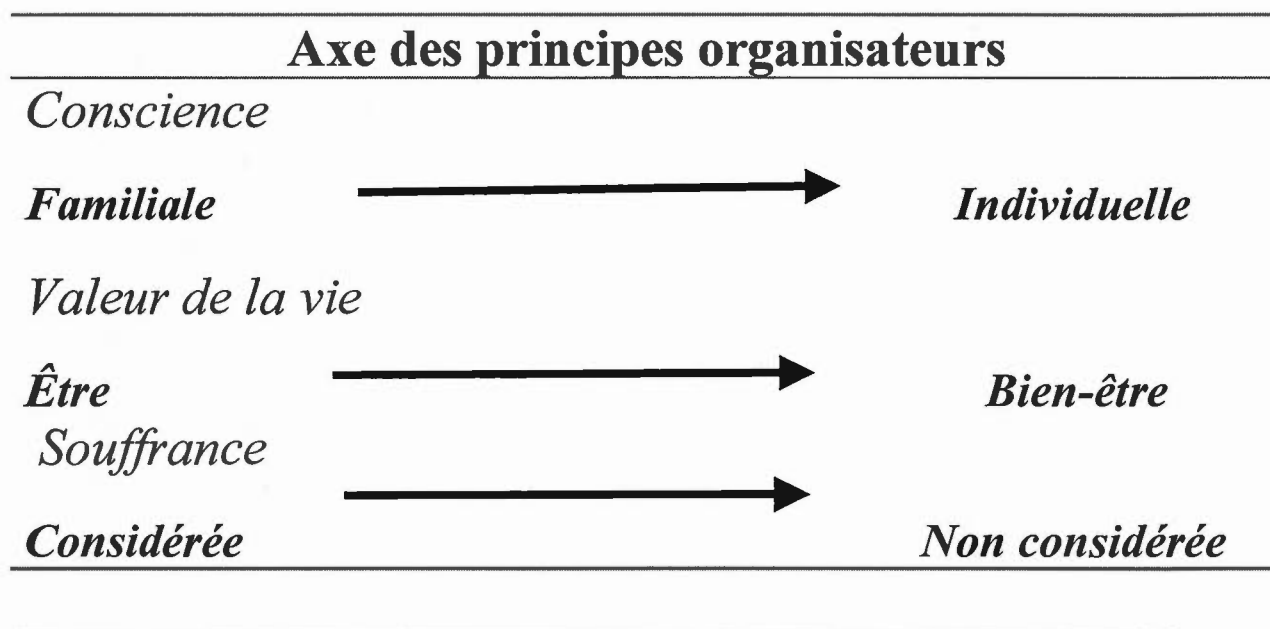
Ensuite, il y a l'axe de la valeur de la vie, celui-ci part de la valeur d'exister (donc être) et se rend jusqu'au bien-être. Sur l'axe de la valeur de la vie, s'inscrit les notions de don de la vie, l'interdiction de se tuer, la liberté et le bien-être individuel.

Finalement on retrouve l'axe de la souffrance, il débute par la considération de la souffrance et va à la non considération de celle-ci. L'axe de la souffrance comprend les notions de temporalité quant à la souffrance et d'espoir de meilleurs lendemains.

On remarque que sur l'axe de la valeur de la vie aussi bien que sur celui de la souffrance on retrouve l'influence de la religion. Cela permet de comprendre que la religion joue un rôle important dans l'organisation de la RS du suicide et ce spécialement dans les communautés culturelles.



Figure 14.1 Axe des principes organisateurs de la représentation sociale



Ces principes organisateurs rendent compte de la structure des RS et des prises de position des adolescents des communautés ethnoculturelles quant au suicide.

À partir des principes organisateurs, on peut retrouver selon la prise de position adoptée par les adolescents les différentes RS. Ainsi, un adolescent qui opte pour la conscience individuelle, qui valorise la vie en fonction du bien-être et qui prend en considération la souffrance vécue par l'individu, va plutôt adopter l'évaluation humaniste de la RS. Par ailleurs, un adolescent qui opte pour la conscience familiale, qui valorise la vie pour elle-même et n'entre pas dans la balance la souffrance, va plutôt adopter une évaluation traditionnelle du suicide.

Alors, les adolescents québécois de souche francophone, dans la plupart des cas adoptent l'évaluation humaniste, qu'on peut qualifier dans un certain sens « amoral », puisqu'elle rejette la plupart des éléments de la conception traditionnelle de la morale qui est fortement religieuse. Ainsi, les objections morales et religieuses n'interviennent pas. Cette façon de concevoir le suicide est à l'opposé d'une conception plus traditionnelle anti-suicide adoptée par les communautés culturelles.

Il est intéressant de noter le paradoxe au sein de la communauté québécoise. Ainsi, la représentation du suicide des adolescents est basée d'un côté sur la reconnaissance de la souffrance de la personne suicidaire (mal-être), qui l'amène à perdre la perspective globale de sa situation. De l'autre côté, ils avancent que si la personne décide de mettre fin à sa vie et qu'il ne veut pas en démordre, en bout de ligne c'est son choix qui compte et qu'on doit le respecter. Les adolescents québécois de souche francophone ont une position ambivalente, car ils examinent simultanément les motifs, les circonstances et le mal-être vécu qui peuvent amener la personne à se suicider aussi bien que sa liberté individuelle.

#### ***14.2. Commentaires explicatifs des représentations sociales***

On peut proposer deux explications des différences entre les RS des adolescents des communautés culturelles et la communauté québécoise. L'une repose sur l'évolution de la structure sociale des sociétés. En effet, la société québécoise a évolué de la structure communautariste vers une structure individualiste, ce faisant, elle a effrité les liens d'interdépendance entre les membres de la société dans un premier temps, puis jusqu'à un certain point entre les membres de la famille. Ainsi, l'adolescent pense qu'il n'a de compte à rendre qu'à lui-même, son destin n'est qu'entre ses mains. Et lorsqu'il devient trop lourd à porter une des options de sortie serait le suicide.

La deuxième explication repose sur le rôle des valeurs religieuses dans la société. On observe que dans les communautés culturelles, où les valeurs religieuses sont encore très présentes, même si les jeunes avouent ne pas être pratiquants, les croyances et les valeurs enseignées par la religion chrétienne sont encore respectées. Tandis que dans la société québécoise, les valeurs religieuses sont rejetées, ignorées ou considérées inappropriées par la plupart des adolescents.

Une explication fortement exprimée par les adolescents sur les différences entre les trois communautés quant à l'acceptabilité du suicide est l'origine et la valeur de la vie. Pour les communautés culturelles la vie est un don ; ainsi, elle n'appartient pas à l'adolescent, et il ne lui revient pas la décision d'y mettre fin, et ce peu importe la situation. Ces résultats sont en accord avec d'autres études réalisées auprès des communautés noire et latino-américaine (Marion & Range, 2003; Westefeld et al., 2000).

Pour la plupart des adolescents québécois de souche francophone, leur vie leur appartient et ils peuvent choisir si elle vaut ou non la peine d'être vécue. Les résultats sont congruents avec les travaux de Gratton, qui dans son étude du sens du suicide chez les jeunes québécois de souche francophone, fait remarquer que l'individualisme est une caractéristique très forte des adolescents, ainsi elle souscrit aux affirmations que les jeunes recherchent leur épanouissement personnel, l'atteinte de leur objectif et le bien-être (Gratton, 1996).

La rationalisation est une structure utilisée par plusieurs adolescents dans leur explication de l'acte suicidaire. Pour ceux de la communauté haïtienne, cette rationalisation prend la forme d'une force externe ; pour ceux de la communauté latino-américaine d'une marginalisation et pour ceux de la communauté québécoise, c'est le processus qu'ils suivent pour les amener à accepter jusqu'à un certain point l'acte suicidaire. Tseng et McDermott (1981), mentionnaient que l'option suicide quoique pathologique peut être considérée comme l'ultime solution quand il n'y a plus de solution pour une société donnée (Tseng & McDermott, 1981).

L'étude des RS des communautés culturelles permet de constater à l'instar de Doise et ses collaborateurs (1994) que la RS tout en étant individuelle est modulée par les dynamiques d'un méta-système de régulations sociales. L'adolescent haïtien ou latino-américain qui grandit dans la communauté québécoise est aussi confronté dans son processus de socialisation (école, médias, amis) à des valeurs, des croyances, des attitudes par rapport au suicide qui ne sont pas celles de leur communauté culturelle.




Ainsi, l'évolution des adolescents dans un environnement où le suicide est souvent banalisé et non jugé, pourrait l'amener à prendre petit à petit en considération certains éléments de la RS de la communauté québécoise, ce qui pourrait expliquer que pour certains adolescents des communautés culturelles il y a un début de transformation de leur RS comparativement à la RS de la communauté d'origine. Cela porte à croire que dans l'avenir la principale RS pourrait être transformée.

En conclusion, on s'aperçoit à partir des résultats que la RS des communautés est complexe. Cependant, dans un essai de synthèse on peut avancer que le principal élément qui influence la RS du suicide est la philosophie de vie de l'individu et celle-ci est fortement organisée par les croyances et valeurs religieuses dans les communautés culturelles et par les croyances et valeurs humanistes dans la communauté québécoise.

L'étude ne permet pas d'évaluer l'influence des RS sur les comportements et ce n'était pas inclus dans ses objectifs. Toutefois, elle permet de voir l'influence des prises de positions des adolescents des communautés sur leurs réactions face au suicide.

Ainsi, on observe que les adolescents des communautés culturelles, qui adoptent l'évaluation traditionnelle du suicide, comprenant la conscience familiale et la valorisation de l'existence, vont en général avoir une réaction de rejet du suicide. Par ailleurs, les adolescents québécois de souche francophone, qui adoptent en majorité l'évaluation humaniste du suicide, vont plutôt avoir une conscience individuelle et valoriser le bien être, ce qui les font pencher vers une réaction d'acceptation de l'acte suicidaire

Figure 14.2 Influence de la représentation sociale sur les réactions au comportement suicidaire

<b>Organisation RS</b>		<b>Réaction</b>
<hr/>		
<i>Famille/Être</i>		
<i>Évaluation traditionnelle</i>		<i>Rejet</i>
<i>Individu/ bien-être/ souffrance</i>		
<i>Évaluation humaniste</i>		<i>Acceptation</i>

### ***14.3. Vérification des hypothèses secondaires***

Les hypothèses secondaires de la recherche portaient sur deux concepts importants dans la problématique du suicide dans les communautés. Premièrement, on avait sept hypothèses secondaires directement en lien aux attitudes des adolescents quant au suicide. Ensuite, on retrouvait les hypothèses quant au mode d'acculturation des adolescents des communautés culturelles.

Il est étonnant de constater que la grande majorité des hypothèses se sont confirmées pour les communautés culturelles, tandis que pour la communauté québécoise sur laquelle plusieurs études sur le suicide ont été réalisées, la plupart des hypothèses sont

partiellement infirmées. On peut donc avancer que cet aspect du phénomène suicidaire chez les adolescents est encore un terrain vierge.

#### ***14.3.1. Maladie mentale***

À partir de la recension des écrits, on avait prévu qu'une majorité d'adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine adhèreraient à l'idée que le suicide est souvent dû à une maladie mentale tandis que ce sera une minorité chez les Québécois de souche francophone. Les résultats ont partiellement confirmé cette hypothèse. En effet, une majorité d'adolescents de toutes les communautés ont mentionné l'existence d'un lien entre le suicide et la maladie mentale. Toutefois, le pourcentage était plus élevé chez les adolescents haïtiens et latino-américains que chez les Québécois de souche francophone.

Comme dans plusieurs études de Domino réalisées auprès des jeunes (Domino, 1990a; Domino et al., 1986-87; Domino et al., 1980), il existe une ambivalence chez les adolescents de l'étude quant à la maladie mentale. D'un côté, une majorité accepte le fait que la personne suicidaire souffre de dépression, mais de l'autre, ils estiment que la personne suicidaire ne souffre pas d'une maladie mentale. Ces résultats font remarquer que les adolescents font une différence entre la dépression et la maladie mentale. On peut comprendre, que pour eux la dépression n'entre pas dans le registre des maladies mentales, donc elle a une connotation neutre tandis que la maladie mentale a encore une connotation négative.

#### ***14.3.2. Recherche d'aide***

Lors de la rédaction de l'hypothèse quant à la recherche d'attention en complément des études (Domino, 1990a; Domino et al., 1980), deux faits ont été considérés. Premièrement, le rôle important des médias dans la prévention primaire de la problématique suicidaire au Québec. Deuxièmement, l'existence des programmes de

prévention du suicide qui sensibilisent les adolescents à être plus ouverts par rapport au comportement suicidaire afin de pouvoir s'entraider. Alors, on avait prévu qu'une majorité d'adolescents de toutes les communautés adhèreraient à l'idée que l'acte suicidaire peut être une recherche d'attention et que ce pourcentage serait plus élevé chez les adolescents québécois de souche francophone.

La recherche confirme la première partie de l'hypothèse. Ainsi, la plupart des adolescents de toutes les communautés acceptent l'idée que la tentative de suicide est une recherche d'aide. Cependant, contrairement aux prévisions, le pourcentage n'est pas plus élevé chez les adolescents québécois de souche francophone.

En percevant le suicidaire comme une victime, soit à cause de sa perte de contrôle dans la communauté haïtienne, de son détachement de son réseau dû à des circonstances hors de sa portée, pour la communauté latino-américaine ou à cause des comportements pathologiques (diverses dépendances) ; les adolescents des communautés culturelles voient la personne suicidaire moins responsable. Ils peuvent ainsi exprimer que la tentative de suicide est une recherche d'aide. En d'autres mots, ce serait une forme de communication désespérée. Ainsi, ils peuvent intégrer cette attitude dans leur philosophie plus traditionnelle.

On peut expliquer le moindre pourcentage des adolescents de la communauté québécoise, du fait que certains adolescents ont interprété que certains énoncés de cette sous-échelle présentaient la tentative comme un geste mi-sérieux. Ainsi, pour eux, considérer la tentative simplement comme une demande d'aide, c'est ne pas comprendre l'importance de cette expression ultime d'extrême souffrance.

#### ***14.3.3. Droit de mourir***

La religiosité chrétienne au sein des communautés haïtienne et latino-américaine, qui promeut la vie comme un don de Dieu, laissait penser qu'une majorité d'adolescents des

communautés haïtienne et latino-américaine seraient en désaccord avec la notion du droit de mourir, tandis que les adolescents québécois de souche francophone seront en accord. Les résultats confirment en partie cette hypothèse. D'une part, une très forte majorité des adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine sont en désaccord avec le droit de se suicider. D'autre part, contrairement aux prévisions et aux études réalisées auprès des jeunes (Domino, 1988; Domino et al., 1986-87; Domino et al., 1980), seulement le quart des adolescents québécois de souche francophone accepte le droit de mourir quant au suicide. Toutefois, ce pourcentage est nettement supérieur à ceux des adolescents des communautés culturelles.

Il est intéressant de noter que ce résultat concorde avec l'ambivalence vécue par les adolescents de la communauté québécoise. Ils reconnaissent pour la plupart le droit au libre choix du suicidaire et d'autant plus dans les situations de maladies incurables, mais ils ne sont pas encore à l'étape d'approuver le droit de mourir de façon générale.

#### ***14.3.4. Religion***

De même, la religiosité chrétienne allait faire en sorte qu'une majorité d'adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine admettrait que l'affiliation religieuse influence le comportement suicidaire, tandis que les adolescents québécois de souche francophone seraient indécis. Encore une fois, les résultats confirment partiellement cette hypothèse. En effet, les adolescents de la communauté haïtienne admettent pour la majorité l'influence de la religion sur le comportement suicidaire. Cependant, malgré qu'une proportion très importante d'adolescents de la communauté latino-américaine adhère aussi à cette croyance ce n'est pas la majorité. Enfin, les adolescents de la communauté québécoise ne sont pas indécis, mais plutôt en désaccord, quant à l'influence de la religion sur l'acte suicidaire, ce qui vient seconder les résultats retrouvés auprès des jeunes canadiens (Domino & Leenaars, 1989).



Les résultats pour les communautés culturelles appuient ce que Domino et Takchashi ont trouvé dans leur enquête auprès des Américains, à savoir qu'il y a un lien positif entre l'affiliation religieuse et l'évaluation négative du suicide (Domino, 1991). Il ne faut pas négliger que la religion chrétienne a des principes prohibitifs fermes quant au suicide, dont l'objectif est de dissuader ses membres de se tuer.

Domino et Miller (1992) avancent que la religion est une variable-clé dans les attitudes concernant le suicide dans les communautés culturelles (Domino & Miller, 1992). Les données des communautés culturelles viennent seconder ce constat. En effet, elles démontrent que l'affiliation religieuse a un rôle prééminent au niveau des attitudes quant au suicide.

#### ***14.3.5. Normalité***

La liberté individuelle et la permissivité sociale relative au suicide dans la communauté québécoise favoriseraient qu'une majorité d'adolescents québécois de souche francophone approuverait l'idée que le suicide est un acte normal, tandis que les adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine seraient majoritairement en désaccord. L'hypothèse est vérifiée pour les communautés culturelles. Cependant, malgré le pourcentage significativement plus élevé d'adolescents de la communauté québécoise, qui croient que le suicide est un acte normal, il n'en demeure pas moins que la majorité conteste la normalité de l'acte suicidaire.

Les résultats de l'étude concordent avec ceux de l'étude de Domino (1990) et de Domino et ses collaborateurs (1986) réalisée auprès des adolescents (Domino, 1990a; Domino et al., 1986-87). La majorité des adolescents de toutes les communautés n'adhère pas à l'idée que le suicide est un événement normal de la vie.

### ***14.3.6. Moralité***

Les valeurs judéo-chrétiennes sont très présentes chez les adolescents latino-américains, modérées chez les adolescents haïtiens et presque inexistantes chez les Québécois de souche francophone. Ceci amènerait une majorité d'adolescents latino-américains à adhérer à l'idée que le suicide est un acte immoral, les adolescents haïtiens seraient partagés, tandis que les adolescents québécois de souche francophone seraient en désaccord. Les résultats montrent qu'en effet, les adolescents de la communauté québécoise n'adhèrent pas à l'idée d'immoralité quant au suicide. Pour ce qui en est des communautés culturelles, les résultats infirment les hypothèses proposées. Moins d'un cinquième des adolescents de la communauté latino-américaine pensent que le suicide est immoral, comparativement à quatre adolescents sur dix dans la communauté haïtienne. Ces résultats vont à l'encontre de ceux rapportés dans plusieurs études auprès de différentes communautés ethnoculturelles (Domino & Leenaars, 1995; Domino & Perrone, 1993). Une explication peut être proposée à partir des données des entrevues de groupe. En effet, les adolescents des communautés culturelles ont mentionné une morale autant familiale que religieuse. En d'autres mots, des règles familiales aussi bien que religieuses évaluent négativement le suicide.

À partir du faible taux d'adhésion des adolescents de la communauté québécoise aux items reliés à la morale, on pourrait avancer que les adolescents de la communauté québécoise n'ont pas de principes moraux quant au suicide. Cependant, à partir des affirmations de Tremblay (1996), on s'aperçoit qu'ils ont une morale, pas la traditionnelle morale religieuse rigide mais plutôt une morale rationaliste. Cette morale est transigeante; elle adopte une approche plus attentive aux circonstances entourant le suicide (Tremblay, 1996).

### ***14.3.7. Famille***

Les fortes valeurs familiales des communautés culturelles feraient en sorte qu'une majorité des adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine admettraient que l'éclatement de la famille et les relations familiales dysfonctionnelles favoriseraient le suicide, tandis que chez les adolescents québécois de souche francophone le pourcentage serait moindre. Pour les adolescents des communautés haïtienne et latino-américaine l'hypothèse est vérifiée. En revanche, le pourcentage est aussi élevé chez les adolescents québécois. Donc, il y a peu de différences entre les trois communautés.

Depuis plus de vingt-cinq ans, les études sur la famille et le suicide affirment qu'une famille dysfonctionnelle est un facteur de risque pour le suicide (Hovey & King, 1996 ; Tousignant et al., 1988). L'étude montre que les adolescents de toutes les communautés sont conscients de cette réalité.

Il semble que pour les adolescents, les comportements suicidaires sont en partie corrélés aux dysfonctionnements rencontrés dans la vie familiale, tels que le divorce, l'éclatement de la famille, la famille monoparentale etc.

#### ***14.3.8. Synthèse des attitudes***

Pour les attitudes qui n'ont pas de lien direct avec la religion ou qui sont abordées dans les programmes de sensibilisation (recherche d'aide, problème de famille) on n'observe pas de différence significative entre les communautés culturelles et la communauté québécoise.

Autrement, pour la plupart des sous-échelles d'attitudes, on retrouve une prise de position très nette des adolescents des communautés culturelles. Et ces positions sont en accord avec la condamnation morale et religieuse du suicide véhiculée par la religion chrétienne.

Il faut noter que de façon générale les adolescents haïtiens et latino-américains ont des réponses proches pour presque toutes les attitudes, à l'exception des attitudes quant au droit de mourir et la moralité.

Les données corroborent celles de Domino, Niles et Raj (1993) qui démontrent que plus un individu adhère aux valeurs religieuses plus il considère inacceptable et anormal les comportements suicidaires, plus il endosse l'idée d'un lien entre le suicide et la maladie mentale et entre le suicide et la moralité, et plus il croit que les personnes suicidaires sont moins religieux.

Certains résultats de l'étude sont comparables à ceux de l'étude réalisée par Tremblay (1996) auprès d'un groupe d'Haïtiens de Montréal. En effet, la plupart des adolescents de la communauté haïtienne évaluent négativement le suicide, jugent qu'on n'a pas le droit de se tuer et avancent que c'est un acte en lien à la maladie mentale (Tremblay, 1996).

Au lieu de l'affiliation religieuse, c'est la pratique religieuse qui joue un rôle important dans les attitudes quant au suicide, et ce seulement dans la communauté québécoise. En effet, la majorité des adolescents de la communauté québécoise se disent affiliés à la religion chrétienne, sans pour autant adhérer aux croyances, aux valeurs et à la morale qui y sont rattachées.

Finalement, malgré les hypothèses partiellement infirmées, les résultats démontrent globalement que les attitudes des adolescents sont assez semblables entre les communautés culturelles et différentes de la communauté québécoise ce qui soutient globalement les hypothèses proposées.

#### ***14.4. Vérification des hypothèses quant à l'acculturation***

La deuxième série d'analyse secondaire portant sur le mode d'acculturation avançait que les modes d'acculturation auraient une influence sur l'attitude face au suicide.

Rotheram-Borus (1990) avançait q'un facteur qui influence les stratégies d'acculturation est le degré d'identification à l'ethnie. Ainsi, les adolescents qui ont une forte identité ethnique auront plus tendance à être ethnocentriques. Dans l'étude, les adolescents qui ont une forte identité ethnique adoptent autant l'intégration que l'ethnocentrisme comme mode d'acculturation.

Premièrement, on avançait que les adolescents haïtiens ou latino-américains ayant l'assimilation comme mode d'acculturation auraient une attitude globale plus positive quant au suicide que ceux qui sont intégrés ou ethnocentriques. Cette hypothèse reposait sur la présomption que les adolescents des communautés culturelles assimilés auraient des attitudes semblables aux adolescents de la communauté québécoise.

Les données de l'étude démontrent qu'il y a peu d'adolescents des communautés culturelles qui adoptent l'assimilation comme mode d'acculturation et ce même parmi les Néo-canadiens. Moïse mentionne que l'assimilation pour un Noir est plus difficile car la couleur de la peau fait en sorte qu'il est toujours vu comme un immigrant (Moïse, 1997). À partir des données, on peut penser que ce constat s'applique à toutes personnes qui ont une apparence externe différente de la communauté d'accueil. La recherche ne permet pas de vérifier cette hypothèse puisqu'il n'y avait presque pas d'adolescents qui ont adopté ce mode d'acculturation.

Deuxièmement, on estimait que les adolescents haïtiens ou latino-américains ayant l'intégration comme mode d'acculturation auraient une attitude globale plus positive quant au suicide que ceux qui sont ethnocentriques. Les résultats de l'étude infirment cette hypothèse. En effet, les analyses démontrent que le mode d'acculturation n'affecte pas l'attitude des adolescents des communautés culturelles quant au suicide. Peu importe leur mode d'acculturation, ils adoptent une attitude généralement négative face au suicide.

### ***14.5. Vérification des hypothèses quant au genre***

Étant donné que plusieurs recherches antérieures avaient démontré des différences entre la population masculine et féminine, le genre a été pris en considération dans les différentes analyses qui ont été réalisées. Ainsi, on a pu constater qu'il n'y avait pas d'interaction significative entre le genre et la communauté dans les analyses attitudinales et représentationnelles.

Néanmoins, on retrouve certains effets principaux significatifs du genre sur les sous-échelles d'attitudes face au droit de mourir et à la moralité du geste suicidaire. Les résultats montrent que les jeunes filles sont moins favorables au droit de mourir que les jeunes garçons. Également, elles croient moins qu'il peut y avoir un lien entre la moralité et l'acte suicidaire.

Plusieurs études interculturelles sur les attitudes ont pris en considération le genre (Domino & Groth, 1997; Domino et al., 1995b; Domino et al., 1993-1994). Les premiers ne relevaient pas de différence entre les genres. Toutefois, les plus récentes indiquent quelques différences significatives. Cependant, Domino et ses collaborateurs préfèrent accorder ses différences à des variables intermédiaires plutôt que le genre (Domino & Groth, 1997). Les résultats obtenus à partir de l'échantillon d'adolescents mènent aussi à croire que l'affiliation religieuse est une variable d'influence, car les deux sous-échelles où l'on retrouve une différence significative entre les adolescentes et les adolescents sont : le droit de mourir et la moralité ; deux sous-échelles très colorées par la religion.

D'après l'étude de Limbacher (1983), les garçons vont plus approuver que le suicide est acceptable. Pour adopter cette position, ils se basent sur leur connaissance, que les garçons suicidaires emploient des moyens très létaux car ils veulent vraiment mourir (Limbacher & Domino, 1985-1986). Alors, pour qu'ils en arrivent à se tuer, ils doivent être dans une situation exécrable où la mort devient une alternative acceptable. On peut penser que les adolescents de l'étude ont suivi ce même raisonnement.

#### ***14.6. Comportements suicidaires et représentations sociales***

Malgré le fait que l'emphase principale de l'étude n'est pas sur les comportements suicidaires au sein des communautés, et que pour une étude épidémiologique, la taille de l'échantillon est trop modeste, il est intéressant de souligner que les données collectées, pour le descriptif des communautés, quant aux comportements suicidaires présentent une distribution intéressante. En effet, au niveau des idéations et des tentatives de suicide, il n'y a pas de différence significative entre les communautés ethnoculturelles. Ainsi, on retrouve un nombre semblable d'adolescents des communautés haïtienne, latino-américaine et québécoise qui ont fait une tentative de suicide. Aussi, un pourcentage similaire d'adolescents haïtiens, latino-américains et québécois ont eu des idéations suicidaires. Les résultats quant aux idéations suicidaires appuient les conclusions de plusieurs études qui mentionnent que les idéations suicidaires sont répandues dans la population adolescente (Gutierrez et coll., 2005; Tousignant & Bastien, 1999).

Toutefois, au niveau de la tentative les données semblent démontrer qu'il y a plus de tentatives de suicide dans les communautés culturelles que ce qui était mentionné par les auteurs au cours des quinze dernières années (Rasmussen et al., 1997; Sorenson & Golding, 1988). Cependant, ces résultats sont conformes aux nouvelles données et confirment les dires des informateurs-clés (Canino & Roberts, 2001; Gutierrez et al., 2005; Olvera, 2001). Étant donné que les tentatives ne nécessitant pas une intervention hospitalière ne sont pas répertoriées, on peut croire que les adolescents des communautés culturelles font presque autant de tentatives, mais que celles-ci sont moins létales, donc non répertoriées.

Les résultats de l'étude quoique modestes amènent un questionnement quant à l'influence de la RS sur le comportement suicidaire. En effet, malgré le fait que le suicide est perçu négativement par la majorité des adolescents des communautés culturelles, il semblerait que cela ne les empêche pas d'avoir recours à une tentative «non létale» pour exprimer leur souffrance.

Néanmoins, quant à l'évaluation de la probabilité d'attenter à sa vie, il existe une différence significative entre les adolescents haïtiens et latino-américains en comparaison aux Québécois de souche francophone. Ainsi, les adolescents des communautés culturelles croient dans une proportion supérieure qu'ils n'attenteront jamais à leur vie comparativement aux adolescents québécois. Considérant que le suicide est mal vu dans les communautés culturelles, on peut comprendre qu'il est difficile pour un adolescent d'avouer qu'il pourrait un jour penser à se tuer. De plus, la RS négative du suicide, aide à expliquer qu'une majorité des adolescents des communautés culturelles n'admettent pas la possibilité d'attenter à leur vie.

À la lumière des résultats de l'étude, on peut avancer que pour la plupart des adolescents des communautés culturelles, la tentative de suicide serait principalement une demande d'aide, et cela expliquerait leur forte adhésion à la sous-échelle « recherche d'attention».

#### ***14.7. Limites de l'étude***

L'interprétation des résultats doit se faire avec une réserve, car l'étude présente certaines limites méthodologiques, quant aux types d'informations collectées et à la généralisation.

Quand on mesure des comportements stigmatisés, ou même tabous, dans les communautés culturelles, on doit se questionner quant aux limites des mesures auto-reportées. Effectivement, toutes les mesures de l'étude sont auto-reportées via les questionnaires. Dans une telle situation, il est toujours approprié de s'interroger quant au biais de désirabilité sociale. Ainsi, les adolescents étant constamment exposés à la RS de la communauté québécoise auraient répondu de façon conformiste pour les items dont ils connaissaient la réponse privilégiée dans la communauté d'accueil (position dominante), quand ces items font appel à des réactions moins viscérales.

La recherche est une étude transversale où l'on examine la RS à un moment fixe dans le temps (2002-2005). En regardant les RS à différents moments de la vie à l'aide d'une



étude longitudinale cela permettrait de vérifier s'il y a des changements dus à la maturité et/ou la durée de temps passée dans la communauté d'accueil.

Aussi, une étude qui permet d'identifier la RS de plusieurs générations d'adolescents serait très pertinente. En plus de vérifier s'il y a une évolution des RS, cela permettrait d'observer si le type d'acculturation des jeunes des communautés culturelles pencherait plus, à la 3<sup>ème</sup> ou la 4<sup>ème</sup> génération vers l'assimilation et si cela amènerait une transformation des RS.

D'ailleurs, les données orientent vers le constat, qu'il n'y a pas de rupture de transmission des représentations sociales. Ainsi, les jeunes de la première, aussi bien que de la deuxième génération adoptent en majorité la représentation traditionnelle du suicide qui est véhiculée dans les communautés culturelles. Toutefois, on remarque que les adolescents ayant l'intégration comme type d'acculturation adhèrent un peu moins à l'évaluation traditionnelle que ceux qui ont l'ethnocentrisme, ce qui peut laisser croire qu'il y aura peut-être une transformation significative dans le futur.

De même, il serait intéressant de vérifier si l'on retrouve les mêmes RS dans un échantillon clinique (adolescents qui ont fait une tentative suicidaire), que dans l'échantillon populationnel utilisé pour la recherche.

Il est pertinent de mentionner, qu'une autre limite de l'étude a été l'incapacité de rejoindre comme prévu les adolescents de la communauté italienne. Effectivement, plusieurs tentatives ont été réalisées auprès de différentes écoles secondaires, qui avaient en majorité des élèves italiens, mais à chaque fois, lorsque le projet était présenté au comité des parents, ceux-ci refusaient la participation de leurs enfants, sous prétexte que discuter du suicide pourrait leur donner des idées suicidaires. Suite à des discussions informelles avec des intervenants italiens, la solution proposée pour une future étude est d'engager une personne de la communauté italienne pour présenter le projet aux parents. En effet, étant donné que le sujet est tabou dans la communauté, que les italiens n'apprécient pas être vus sous un mauvais angle, mais qu'ils ont un fort sentiment de

solidarité, alors en étant sensibilisés aux bénéfices de la recherche par une personne de la communauté, cela pourrait faciliter leur participation. Par ailleurs, tous les informateurs-clés avouent que discuter du suicide avec les adolescents serait approprié par ceux-ci, car cela leur permettrait d'avoir un espace ou s'exprimer par rapport à une problématique en émergence parmi les jeunes de la communauté.

Finalement, il faut rappeler que les données de l'étude ont une généralisation partielle. En effet, elles sont spécifiques aux groupes d'âge et aux communautés ethnoculturelles spécifiées dans l'étude, soit les adolescents haïtiens, latino-américains et québécois de souche francophone, ce qui laisse une bonne portion de la population montréalaise non couverte.

#### ***14.8. Implications pour la recherche***

Pour le moment, il manque de données épidémiologiques sur les conduites suicidaires au sein des communautés immigrantes. Les seules données existantes sont d'ordre clinique et datent de plus de dix ans. D'après l'expérience des adolescents de cette recherche, il y a peu de suicides au sein des communautés culturelles. Il serait utile d'avoir des données épidémiologiques pour vérifier ce constat.

Sur le plan méthodologique, cette recherche est la première qui identifie la RS du suicide à l'aide d'une méthodologie qualitative et quantitative. Cette mixité des méthodes a favorisé une meilleure appréhension de la problématique de la RS du suicide. De plus, elle a permis de déterminer les questions à ajouter aux questionnaires SOQ, étant donné l'absence d'étude quantitative sur les RS du suicide. Ainsi, les informations véhiculées par les informateurs-clés ont joué un double rôle. Elles ont tout d'abord permis de compléter le questionnaire et par la suite, elles ont secondé les données collectées auprès des adolescents. Plus encore, lors des entrevues de groupe, à partir des exemples provenant de la réalité des adolescents les informations collectées à l'aide du questionnaire ont été enrichies. Bref, la mixité des méthodes est à favoriser lors d'une étude innovatrice.

Étant donné qu'aucune recherche antérieure ne portait sur la RS du suicide des adolescents des communautés culturelles, l'étude a permis de constituer le champ de représentation du suicide des adolescents provenant de différentes communautés ethnoculturelles et d'approfondir leurs contenus. Cependant, on peut se questionner sur la correspondance des RS identifiées au sein des communautés culturelles vivant à Montréal et celles du pays d'origine. Une recherche ultérieure multi-sites réalisée aux pays d'origine permettrait d'examiner la concordance des RS. Les résultats de l'étude suggèrent plusieurs avenues intéressantes de production de connaissances scientifiques novatrices.

#### ***14.9. Implication pour la prévention et la promotion***

Dans les pays de l'Amérique latine et en Haïti, jusqu'à présent la religion chrétienne a une prégnance considérable ; la position de l'église chrétienne est parfaitement claire au niveau du suicide. La vie est un don de Dieu, sous aucun prétexte l'être humain n'a le droit de se l'enlever. Ainsi, le respect de la vie humaine est prescrit.

Malgré le fait que chez beaucoup d'adolescents des communautés culturelles on retrouve une identification forte à la culture d'origine et à la culture d'accueil, lorsqu'il s'agit de la problématique du suicide, la principale représentation de la communauté d'origine prend le dessus.

Tout comme le mentionnent Range et ses collaborateurs (1999) et Markides (1981) dans leurs articles sur les différentes perspectives des groupes ethnoculturelles, les données confirment qu'il y a des éléments dans la culture latino-américaine qui protègent la communauté tels que : l'importance de la famille et de la famille élargie et l'adhésion à la religion chrétienne (Markides, 1981; Range et al., 1999).

L'appartenance à une communauté culturelle implique une structure relationnelle particulière de la famille, un système de croyances, de valeurs, d'attitudes et de philosophies partagés par les membres de la communauté. Ainsi, il faut diriger l'attention sur les spécificités de chaque communauté afin d'apporter les modifications nécessaires aux programmes de prévention.

L'examen des données de l'étude mène à une certaine réflexion. En effet, sachant que la prévention du suicide a sa raison d'être dans le milieu scolaire et que celui-ci est pluriethnique à Montréal, il devient primordial d'inciter une démarche de consultation auprès des intervenants provenant des différentes communautés culturelles afin d'innover des programmes de prévention primaire appropriés à la clientèle culturellement diverse, qui prennent en considération les facteurs de protection trouvés.

Au niveau de la promotion dans les communautés culturelles, un facteur de protection qui apparaît clairement est la relation familiale saine. Ainsi, il serait approprié d'outiller les parents, qui se sentent parfois démunis dans la société d'accueil face à l'éducation de leur enfant, afin de promouvoir des relations saines et harmonieuses dans les familles.

Au niveau de la prévention auprès des adolescents québécois de souche francophone, il serait intéressant de développer les facteurs de protection retrouvés dans les communautés culturelles. Ainsi, on pourrait entre autre redéfinir en tant que société le sens de la vie et le bien-être. De plus, on pourrait adopter un rejet social non du suicidaire, mais de l'option suicide.

En ce qui a trait à la promotion dans la communauté québécoise francophone de souche, il serait approprié de travailler au niveau du lien familial qui semble affaibli, afin que l'adolescent soit conscient de son importance comme maillon dans la chaîne familiale.

Pour finir, il est intéressant de constater que les résultats de l'étude incitent à considérer les systèmes de croyances et de valeurs des adolescents. Ainsi, les représentations

sociales des adolescents provenant des communautés culturelles montrent qu'on ne peut évacuer les croyances et les valeurs religieuses dans le contenu des programmes de prévention, car elles sont très présentes dans leur prise de position et représentent un important facteur de protection.

De plus, il est aussi intéressant de noter que contrairement à Stack (1983) qui annonçait que l'adhésion à des croyances religieuses peut être un meilleur facteur de protection que l'intégration sociale à un groupe religieux, les données démontrent que la pratique religieuse prime sur l'affiliation religieuse pour déterminer les prises de position des adolescents (Stack, 1983).

## CONCLUSION

Le principal objectif de cette recherche était d'identifier et de comparer les RS des communautés ethnoculturelles. Ce faisant, elle a aussi permis d'identifier et de comparer les attitudes, les croyances, les perceptions et les valeurs des adolescents provenant des communautés haïtienne, latino-américaine et québécoise.

Cette recherche montre que les adolescents des communautés ethnoculturelles ont des RS différentes et un des aspects primordiaux est l'adoption d'une philosophie traditionnelle ou humaniste de la vie, véhiculée par la culture. D'une part, on s'aperçoit que tous les éléments de la prise de position des adolescents de la communauté québécoise quant au suicide, sont grandement colorés par les valeurs individualistes. D'autre part, on constate que l'enseignement chrétien transparaît dans les RS des adolescents des communautés culturelles; c'est le filtre à travers lequel la problématique du suicide est vue chez les adolescents provenant des communautés culturelles.

Les données de la recherche ont permis en plus d'identifier et de comparer les RS des communautés, de réaliser, que chez la première et deuxième génération d'adolescents immigrants il n'y a pas de différence significative quant au RS du suicide. De plus, les analyses permettent de constater que peu importe que l'adolescent adopte l'assimilation ou l'intégration comme mode d'acculturation, leurs RS du suicide sont similaires. Ainsi, les résultats de la recherche viennent infirmer l'hypothèse de l'impact du mode d'acculturation sur l'adoption des RS. Ce constat conduit un questionnement quant au contenu des programmes de prévention réalisés auprès des adolescents des communautés culturelles. Les résultats portent à croire que leurs contenus devraient être contextualisés en fonction de la communauté ciblée. En d'autres mots, il serait approprié d'ajuster les interventions préventives aux différentes clientèles qu'on retrouve dans les écoles secondaires de Montréal.

Sur le plan méthodologique la mixité utilisée pour cette recherche a permis de mieux appréhender la problématique du RS du suicide. Les informations véhiculées par les

informateurs-clés ont été en grande partie confirmées par le questionnaire et enrichies lors des entrevues de groupe, par des exemples provenant de la réalité des jeunes.

Sur le plan théorique, l'utilisation d'une approche nouvelle dans la recherche sur le suicide au Québec est un des principaux atouts de cette recherche. En effet, l'approche des RS pour la compréhension de la problématique suicidaire, s'est avérée très instructive, entre autre, elle indique des pistes pour l'étude des facteurs de protection. Ceci amène à avancer que la RS est une approche fort prometteuse à mettre davantage à profit dans l'étude de la problématique suicidaire.

Suite à de tels résultats, il paraît approprié d'investiguer davantage la problématique des RS du suicide dans les différentes communautés culturelles, qui forment la mosaïque de Montréal. On peut percevoir que l'absence de considération de la culture constitue une barrière à l'efficacité de la prévention. D'ores et déjà, il importe de réfléchir au moyen de faire face à ce défi qui deviendra de plus en plus incontournable.

Des recherches ultérieures longitudinales seraient intéressantes, car elles permettraient d'observer s'il y a continuité dans la RS, ou si l'exposition plus longue à la culture d'accueil plus humaniste et individualiste amène un changement dans la RS des adultes des communautés culturelles qui sont nés au Québec.

Finalement, les résultats de la présente étude permettent d'envisager différentes implications possibles pour la pratique. Tout d'abord, il serait intéressant de revoir les informateurs-clés afin de discuter avec eux des différentes façons d'inclure les informations recueillies dans les programmes de prévention. Enfin, il serait souhaitable à partir de ces nouvelles données de développer et d'implanter des interventions de prévention du suicide et de promotion de la vie qui prennent en considération les spécificités des communautés culturelles. Ces interventions de prévention pourraient prendre place dans le cadre des classes d'école, car les éléments spécifiques aux communautés culturelles pourraient être des facteurs de protection pour les adolescents de la communauté québécoise

## BIBLIOGRAPHIE

- Abou, S. (1981). *L'identité culturelle*. Paris: Éditions Anthropos.
- Abric, J.-C. (1994). Les représentations sociales: aspects théoriques. Dans *Pratiques sociales et représentations*, A. Jean-Claude (Ed.), (pp. 11-36). Paris: Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (1997). *Pratique sociale des représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Adrien, A., Boivin J-F., Tousignant Y. et Hankins C. (1990). Knowledge, attitudes, beliefs and practices related to AIDS among Montreal residents of Haitian origin. *Canadian Journal of Public Health*, 1 81, 129-134.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood-Cliffs: Prentice-Hall Inc.
- Ackermann H.-W., et Gauthier J. (1996). Les esprits guérisseurs. *Le médecin du Québec* Mai, 99-111.
- Altamirano, C. (1997). *L'intervention jeunesse et la diversification ethno-culturelle: comment adapter ses compétences*. Montréal: Centre de psycho-éducation du Québec.
- Angers, M. (1992). *Introduction pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Montréal: Les Éditions de la Chenelière inc.
- Bagley, C., & Ramsay, R. (1989). Attitudes Toward Suicide, Religious Values and Suicidal Behavior Evidence from a Community Survey. Dans *Suicide and its Prevention : the Role of Attitude and Imitation*,. R. F. W. Diekstra (Ed.), Leiden: Brill, E.J.
- Barrette, C., Gaudet, E., & Lemay, D. (1996). *Guide de communication interculturelle* (Bibliothèque Nationale du Canada ed.). Montréal: Édition du Renouveau Pédagogique.
- Bahtalien, A. (1991). *Actes du colloque "Regard sur les valeurs, croyances et coutumes: Vers une approche interculturelle mieux adaptée*. Montréal :Les éditions Communiqu'Elles.
- Berman, A. L. (1997). The Adolescents: The Individual in Cultural Perspective. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27(1), 5-14.
- Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaption, Dans *Acculturation: theory, models and some new findings*, A. B. Padilla (Ed.), West View Press.
- Bloch, H. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*.
- Boissevin, J. (1971). Les Italiens de Montréal. L'Adaptation dans une Société Pluraliste, *Etude no.7*. Ottawa: Commission Royal d'Enquête sur le Bilinguisme et le Biculturalisme.
- Bourdieu, P. (1980). *Question de sociologie* (Les textes sociologiques ed.). Paris: Édition de Minuit.
- Bourhis, R. Y. (1996). Psychologie sociale d'un modèle d'acculturation interactif. Dans *Symposium Approches interactives de l'Acculturation*, L. C. Moïse, Perreault, S., et Sénécal, S. (Ed.),. Montréal, Canada: 6ème congrès international de l'association pour la recherche interculturelle (ARIC).



- Brami, P. (1996). *Identité ethnique et acculturation chez les étudiants juifs sépharades à Montréal*. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Brannen, J. (1992). *Mixing methods: qualitative and quantitative research*. Angleterre: Avebury.
- Brent, S. B., Speece, M. W., Lin, C., Dong, Q., & Yang, C. (1996). The Development of the Concept of Death among Chinese and U.S. Children 3-17 Years of Age: From Binary (to Fuzzy) Concepts? *Omega*, 33(1), 67-83.
- Breton, J.-J., Boyer, R., Bilodeau, H., Raymond, S., Joubert, N., & Nantel, M. A. (1998). *Bilan des recherches évaluatives sur les programmes d'intervention et de prévention du suicide chez les jeunes au Canada. Contexte théorique et résultats*. Montréal.
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. Dans *Field methods in cross-cultural research*, W. Lonner et J. Berry (Ed.), (pp. p.137-164). Beverly Hills, CA: Sage.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Butler, J. W., Novy, D., Kagan, N., & Gates, G. (1994). An Investigation of Differences in Attitudes Between Suicidal and Nonsuicidal Student Ideators. *Adolescence*, 29(115), 623-638.
- Camilleri, C., & Cohen-Émerique, M. (1989). *Chocs de cultures: concepts et enjeux pratiques de l'interculturel* (Collection Espaces interculturels ed.). Paris: L'Harmattan.
- Canino, G., & Roberts, R. E. (2001). Suicidal Behavior Among Latino Youth. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31, 122-131.
- Chagnon, F. (2000). *Les événements stressants, les mécanismes d'adaptation et le suicide chez les adolescents admis en Centre de réadaptation*. Thèse non publiée, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Channouf, A., Py, J., & Somat, A. (1996). Prédire les comportements à partir des attitudes: nouvelles perspectives, *Des attitudes aux attributions: Sur la construction de la réalité sociale*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Claes, M. (1991). Socialisation des adolescents en contexte multiethnique. Dans *Pluriethnicité, éducation et société: Construire un espace commun*, F. Ouellet. et. M. Pagé (Ed.), (pp. 415-514). Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.
- Cloutier. (1996). *Psychologie de l'adolescence*. Boucherville : Gaétan Morin (Ed).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences 2nd ed*. Hillsdale: L. Erlbaum.
- Comby, L., Devos, T., & Deschamps, J.-C. (1993). Représentations sociales du sida et attitudes à l'égard des personnes séropositives. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 17, 6-33.
- Compère, L., & Duval, J. (1992). Santé mentale et communautés ethnoculturelles: de la marginalisation sociale à la précarité existentielle. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 285-310.

- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., L., P., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche la définir, la structurer, la financer* (Bibliothèque Nationale du Québec ed.). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cotton, R. C., & Range, L. M. (1996). Suicidality: Hopelessness, and Attitudes Toward Life and Death in Clinical and Nonclinical adolescents. *Death Studies*, 20, 629-638.
- Crepet, P., Caracciolo, S., Casoli, R., Fabbri, D., Florenzano, F., Grassi, G. M., Jonus, A., & Tomelli, A. (1991). Suicidal Behavior in Italy: Data, Trends and Guidelines for a Suicide Intervention/Prevention Policy. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 21(3), 263-278.
- D'Amours, Y. (1995). *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*. Montréal: Conseil permanent de la jeunesse.
- D'amours, Y. (1997). *Le suicide chez les jeunes: S.O.S. jeunes en détresse!* Québec: Conseil Permanent de la Jeunesse.
- Dagenais, D. (2000). *La fin de la famille moderne: signification des transformations contemporaines de la famille*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- De Rosa, A. S. (1993). Social Representations and attitudes: Problems of Coherence Between the Theoretical Definition and Procedure of Research. *Papers on Social Representations*, 2(3), 1-15.
- de Wilde, E. J. (1993). The Specificif of Psychological Characteristics of Adolescent Suicide Attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 51-59.
- Deaux, K. (2002), Dans *Representation of the Social*, K.Deaux et Philogène (Ed.),. Great Britain: Blackwell.
- Debaty, P. (1967). *La mesure des attitudes*. Le Psychologue, Paris : Presses universitaires de France
- Dejean, P. (1978). *Les Haïtiens au Québec*. Montréal: Les Presses de l'Université du Québec.
- Deschamps, J.-C., & Beauvois, J.-L., (1996). Attitudes et représentations sociales. Dans *Des attitudes aux attributions: Sur la construction de la réalité sociale*, J.-C.Deschamps et J.-L. Beauvois (Ed.), (p. 133-135). Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Di Giacomo, J. P. (1986). Alliance et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de revendication. Dans *Les représentations sociales*, W. Doise et A. Palmonari (Ed.), (p. 118-138). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Diekstra, R. F. W. (1989). Attitude toward suicide: the development of a suicide-attitude questionnaire. Dans *Suicide and its prevention: the role of attitude and imitation*, R.F.W. Diekstra (Ed) (p. 71-90). Leiden, E.J Brill
- Doise, W. (1988). Les représentations sociales: un label de qualité. *Connexions*, 51(1), 99-113.
- Doise, W. (1989). Attitudes et représentations sociales. Dans *Les représentations sociales*, D. Jodelet (Ed.), (p. 240-258). Paris: Presses Universitaires de France.
- Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi- Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Doise, W., Clémence, A., & Lorenzy-Cioldi, F. (1994). Le charme discret des attitudes. *Papers on Social Representations*, 3(1), 1-3.

- Doise, W., & Palmonari, A. (1986). Les représentations sociales: définition d'un concept. Dans *L'étude des représentations sociales*, W. Doise et A. Palmonari (Ed.), (p. 81-94). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Domino, G. (1980). Altering attitudes towards suicide in an Abnormal Psychology course. *Teaching of Psychology*, 7, 239-240.
- Domino, G. (1981). Attitudes towards suicide among Mexican-American and Anglo youth. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 3, 385-395.
- Domino, G. (1985). Clergy's Attitudes Toward Suicide and Recognition of Suicide Lethality. *Death Studies*, 9, 187-199.
- Domino, G. (1988). Attitudes Toward Suicide Among Highly Creative College Students. *Creativity Research Journal*, 1, 92-105.
- Domino, G. (1990a). Attitudes towards suicide in high school students, Dans A. a. W. Leenaars, S. (Ed.), *Suicide prevention in schools* (p. 27-37): Hemisphere Publishing Company.
- Domino, G. (1990b). Popular Misconceptions About Suicide; How Popular Are They? *Omega*, 21(3), 167-175.
- Domino, G. (1996). Test-retest reliability of the Suicide Opinion Questionnaire. *Psychological Reports*, 78, 1-2.
- Domino, G., and Takahashi, Y. (1991). Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 21, 345-359.
- Domino, G., Cohen, A., & Gonzales, R. (1981). Jewish and Christian attitudes on suicide. *Journal of Religion and Health*, 20, 201-207.
- Domino, G., Domino, V., & Berry, T. (1986-87). Children's attitudes towards suicide. *Omega*, 17(4), 279-287.
- Domino, G., Gibson, L., Poling, S., & Westlake, L. (1980). Students' attitudes towards suicide. *Social Psychiatry*, 15, 127-130.
- Domino, G., & Groth, M. (1997). Attitudes Toward Suicide: German and U.S Nationals. *Omega*, 35(3), 309-319.
- Domino, G., & Leenaars, A. (1989). Attitudes Towards Suicide: a Comparison of Canadian and United states College Students. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 19(2), 160-172.
- Domino, G., & Leenaars, A. A. (1995). Attitudes Toward Suicide Among English-speaking Urban Canadians. *Death Studies*, 19, 489-500.
- Domino, G., & Leenars. (1989). Attitudes toward suicide: A comparison of Canadian and U.S. College students. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 19(2), 160-172.
- Domino, G., Lin, J., & Chang, O. (1995a). Attitude toward suicide and conservatism: A comparison pf Chinese and United States samples. *Omega*, 31(3), 237-252.
- Domino, G., Lin, J., & Chang, O. (1995b). Attitudes Toward Suicide and Conservatism: a Comparison of Chinese and United States Samples. *Omega*, 31(3), 237-252.
- Domino, G., & Miller, K. (1992). Religiosity and Attitudes Toward Suicide. *Omega*, 25(4), 271-282.
- Domino, G., Moore, D., Westlake, L., and Gibson, L. (1982). Attitudes towards suicide: A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 257-262.
- Domino, G., Niles, S., & Raj, S. D. (1993-1994). Attitudes Toward Suicide: A Cross-cultural Comparison of Singaporean and Australian University Students. *Omega*, 20(2), 125-137.

- Domino, G., & Perrone, L. (1993). Attitudes toward suicide: Italian and United States Physicians. *Omega*, 27(3), 195-206.
- Domino, G., Shen, D., & Su, S. (1998-1999). Acceptability of Suicide: Attitudes in Taiwan and in the United States. *Omega*, 38(4), 303-316.
- Dorvil, H. (1988). *Histoire de la folie dans la communauté*. Montréal: Éditions Émile-Nelligan.
- Durkheim, E. (1967). *Le suicide: étude de sociologie* (Classiques des sciences sociales ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Durkheim, É. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. Dans *Revue de métaphysique et de morale* tome IV, Sociologie et Philosophie (Ed.), (p. 1-48). Paris: Presses Universitaires de France (1967).
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Esposito, G. C., & Petrone, A. (1988). Italian suicidology and the C.R.I.S. *Crisis*, 9(1), 27-31.
- Farr, R., & Moscovici, S. (1984). *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitudes, Intention and Behavior: an introduction to theory and research*. Reading, Mass ; Addison-Wesley.
- Frappier. (1991). *Projet appartenance culturelle et adaptation à l'adolescence*. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.
- Freud, S. (1932). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris: Gallimard.
- Garcia, J. G., & Marotta, S. (1997). Characterization of the Latino Population. Dans *Psychological Interventions and Research with Latino Populations*, J.C Garcia et M.C. Zea (Ed.), (p. 1-14). Toronto: Allyn and Bacon.
- Gariépy. (1990). *L'intégration socioculturelle des élèves*. Centre de ressources en éducation populaire (CREP), Verdun
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research* (Observations ed.). Chicago: Aldine.
- Gratton, F. (1996). *Les suicides d'être des jeunes québécois*. St-Foy: Presses Universitaires du Québec.
- Guimelli, C. (1995). L'étude des représentations sociales. *Psychologie Française*, 40(4), 367-374.
- Gutierrez, P.M., Muehlenkamp, J.J., Konick, L.C., Osman, A. (2005). What role does race play in adolescent suicidal ideation ?. *Archives of Suicide Research*, 9(2), 177-192.
- Henry, C. S., Stephenson, A. L., Fryer Hanson, M., & Hargett, W. (1993). Adolescents suicide and families: An ecological approach. *Adolescence*, 28(110), 291-308.
- Hergenhahn, B. R. (1990). *An introduction to theories of personality* (3rd ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale* (EHESS ed.). Paris.
- Herzlich, C. (1992). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. Dans .), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*, U. Flick (Ed) (p. 347-357). Paris.

- Hovey, J. D., & King, C. A. (1996). Acculturative Stress, Depression, and Suicidal Ideation Among Immigrant and Second-generation Latino Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1183-1192.
- Howell, D. C. (1999). *Méthodes statistiques en sciences humaines* SNEL (ed.). Paris: Déboeck Université.
- Hudon, N. (1994). *Problèmes de communication interculturelle et ruptures des cadres chez les immigrants et immigrantes latino-américains à Montréal*. Mémoire non publié, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Institut de la statistique du Québec. (2001). Retrieved janvier, 2001, from the World Wide: [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/migrt\\_poplt\\_imigr/](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/migrt_poplt_imigr/)
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kalish, R. A., & Reynolds, D. K. (1976). *Death and ethnicity: A Psychocultural Study*. Los Angeles: University of Southern California Press.
- Keefe, S. E., & Padilla, A. M. (1987). *Chicano ethnicity*. États-Unis: Albuquerque : University of New Mexico Press.
- Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A Critical Review of concepts and definitions*. New-York: Vintage Books, Random House.
- Labelle, M., Larose, S., & Piché, V. (1983). Émigration et immigration: les Haïtiens au Québec. *Sociologie et sociétés*, 15(2), 73-88.
- Labelle, R., Gagnon, A., Séguin, M., & Lachance, L. (2003). Caractéristiques cognitives des jeunes suicidants, suicidaires et non suicidaires. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 161-177.
- Ladame, F., Ottino, J., & Pawlak, C. (1995). *Adolescence et suicide*. Paris: Masson.
- Lambert, W. E., Mermigis, L., & Taylor, D. M. (1986). Greek Canadians' Attitudes Toward Own Group and Other Canadian Ethnic Groups: A Test of the Multiculturalism Hypothesis. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 18(1), 35-51.
- Larose, S. (1991). Des représentations haïtiennes de la mort. *Frontières, Hiver*, 18-22.
- Leenaars, A. A., & Domino, G. (1993). A comparison of community attitudes towards suicide in Windsor and Los Angeles. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25, 253-266.
- Lesage, L. (1995). *Le suicide*. Paris: Bayard.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1995). *La recherche qualitative: fondements et pratiques*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Lester, D. (1998). Adolescent Suicide Risk Today: a Paradox. *Journal of Adolescence*, 21, 499-503.
- Lester, D., & Akande, A. (1994). Attitudes about Suicide among the Yoruba of Nigeria. *The Journal of Social Psychology*, 134(6), 851-853.
- Limbacher, M., & Domino, G. (1985-1986). Attitudes Towards Suicide Among Attempters, Contemplators, and Nonattempters. *Omega*, 16(4), 325-334.
- Malwska-Peyre. (1984). *Le travail social et les enfants de migrants: Racisme et identité: Recherche-Action*: l'Harmattan (ed), Paris: CIEMI
- Marion, M., & Range, L. (2003). African American College Women's Suicide Buffers. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 33(1), 33-43.
- Markides, K. S. (1981). Death-related attitudes and behavior among Mexican Americans: A review. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 11(2), 275-285.

- Martin, D., & Royer-Rastoll, P. (1990). *Représentation sociale et pratiques quotidiennes*. Paris: L'Harmattan.
- Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Toronto: Van Nostrand.
- Massé, P., & Vallée, B. (1992). *Méthodes de collecte et d'analyse de données en communication*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal: G. Morin.
- Mead, M (1971). *Le fosse des generations*. Paris: Denoël/Gonthier.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks: Sage.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide: s'entraider pour la vie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2005). *Statistique québécoise sur le suicide*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Mishara, B. (2003). Succès, échecs et défis en prévention du suicide au Québec. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 125-134.
- Mishara, B. L. (1995). *The Impact of suicide*. New York, NY: Springer Pub. Co.
- Mishara, B. L. (1999). Conceptions of Death and Suicide in Children Aged 6 to 12 and their Implications for Suicide Prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29(2), 105-118.
- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (1983). Pour une véritable prévention primaire du suicide. *Revue Québécoise de psychologie*, 4(1), 21-31.
- Mishara, B.L., & Tousignant, M (2004).
- Moïse, L.C. (1997). *Nature et corrélats des orientations d'acculturation chez des Antillais à Montréal*. Thèse non publiée, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Moscovici, S. (1976). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. Dans *Les représentations sociales*, D. Jodelet (Ed.), (p. 79-103). Paris: Presses Universitaires de France.
- Mouraux. (1998). Jeunes en perte de valeurs. *Acta Psychiatrica Belgica, Supplément 2*, 33-38.
- Oetting, E. R., & Beauvais, F. (1991). Othogonal Cultural Identification Theory: The Cultural Identification of Minority Adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 25, 655-685.
- Orbach, I., & Bar-Joseph, H. (1993). The impact of suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 23, 120-129.
- Organisation Mondiale de la Santé, O. (2000). *Taux de suicide par pays*. Organisation Mondiale de la Santé. Retrieved, 2000, de l'internet: [who.int/mental\\_health/topic\\_suicide.html](http://who.int/mental_health/topic_suicide.html)
- Ouellet, F., & Pagé, M. (1991). *Intégration, identité ethnique et cohésion sociale*. Québec: Institut québécoise de recherche sur la culture.
- Paichelier, G. (1992). Connaissances, représentations sociales et comportements: les logiques préventives. Dans *Comportements et santé: questions pour la prévention*,



- P. B. Aïach, N.; Deschamps, J-P (Ed.), (p. 210-227). Nancy: Presse Universitaire de Nancy.
- Palmonari, A., & Doise, W. (1986). Caractéristiques des représentations sociales. Dans *L'étude des représentations sociales*, W. Doise, A. Palmonari (Ed.), (p. 12-33). Neuchâtel: Delachaux & Niestlé.
- Pan American Health Organization. (2001). *Haïti: Basic Country Health Profiles, Summaries 1999*. PAHO. Retrieved 28/06/01, 2001, de l'internet: [www.paho.org/english/sha/prflhai.htm](http://www.paho.org/english/sha/prflhai.htm)
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills: Sage.
- Pegullo, G. (1989). *Étude de l'anxiété chez les immigrantes et les réfugiées latino-américaines à Montréal*. Mémoire non publié, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Perrez Barrero, S. A. (1998). Attitudes Toward Suicide in 107 First and Second Year Medical Students. *Italian Journal of Suicidology*, 8(1), 35-37.
- Perrone, L., & Domino, G. (1993). Suicide myths: a study of Italian physicians. *Italian Journal of Suicidology*, 3(1), 37-44.
- Petrillo, G. (1996). Représentations sociales du sida et perception des catégories sociales (à risque). *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 30, 58-81.
- Piaget, J. (1955). *Essai d'une nouvelle interprétation probabiliste des effets de centration de la loi de Weber et de celle des centrations relatives*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Pommereau, X. (1996). *L'adolescent suicidaire*. Paris: Dunod.
- Prilleltensky, I. (1993). The Immigration Experience of Latin American Families: Research and Action on Perceived Risk and Protective Factors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12(2), 101-116.
- Queralt, M. (1993). Risk Factors Associated with Completed Suicide in Latino Adolescents. *Adolescence*, 28(112), 831-850.
- Ramsay, R. F., Tanney, B., Tierney, R. J., & Lang, W. A. (1984). *suicide Prevention Training Program Manual: Attitudes Module*. Calgary: Suicide Prevention Training Program.
- Range, L. M., Leach, M. M., McIntyre, D., Posey-Deters, P. B., Marion, M. S., Kovac, S. H., Banos, J. H., & Vigil, J. (1999). Multicultural Perspectives on Suicide. *Aggression and Violent Behavior*, 4(4), 413-430.
- Rasmussen, K. M., Negy, C., Carlson, R., & Burns, J. M. (1997). Suicide Ideation and Acculturation Among Low Socioeconomic Status Mexican American Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 17(4), 390-407.
- Reverzy, J.-F., Duval, G., Vanelven, G., Bouleau, J.-H., & Cazalis de Fondouce, G. (1987). Suicide et insularité: la réalité réunionnaise. *Psychologie Médicale*, 19(5), 623-628.
- Rogers, J. R., and DeShon, R.P. (1993). A reliability investigation of the eight clinical scales of the suicide Opinion Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(4), 428-441.
- Roy, F. (1993). *Histoire des idéologies au Québec aux XIXe et XXe siècles*. Montréal : Boréal.

- Rulf, S. (1991). *Actes du colloque "Regard sur les valeurs, croyances et coutumes: Vers une approche interculturelle mieux adaptée"*. Montréal :Les éditions Communiqu'Elles.
- Salmaso, P., & Pombeni, L. (1996). Le concept de travail. Dans *L'étude des représentations sociales*, W.Doise et. A. Palmonari (Ed.), (p. 196-207). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Samy, M. (1990). Actes du troisième colloque provincial de l'Association Québécoise de Suicidologie. L'adolescent suicidaire, Atelier #13. Québec : Bibliothèque nationale du Québec, 243- 265.
- Santé Publique Montréal. (2000). *Statistique et santé*. Direction santé publique de Montréal. Retrieved 18/04/2000, 2000, de l'internet: [www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Montreal/region1.html](http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Montreal/region1.html)
- Sayegh, L. (1992). *Immigration, acculturation et santé mentale: Les libanais à Montréal*. Thèse non publiée, Université de Montréal, Montréal.
- Schuman, H., & Johnson, M. P. (1976). Attitudes and Behavior. *Annual Review of Sociology*, 2, 161-207.
- Segura, C. (1996). *La dynamique de la construction de l'identité chez les jeunes d'origines Chilienne et Salvadorienne*. Mémoire non publié, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Shaffer, D., & Craft, L. (1999). Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of clinical psychiatry*, 60, 70-76.
- Smith, E. (1991). Ethnic Identity Development: Toward the Development of a Theory Within the Context of Majority/Minority Status. *Journal of Counseling and Development*, 70(1), 181-188.
- Sorenson, S.B., & Golding, J.M. (1988). Prevalence of Suicide Attempts in a Mexican-American Population: Prevention Implications of Immigration and Cultural Issues. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 18(4), 322-333.
- Stack. (1983). The Effect of Religious Commitment on Suicide: A Cross National Analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 362-374.
- Statistique Canada. (2000). *Recensement*: Gouvernement du Canada.
- Stein, D., Witztum, E., Brom, D., DeNour, A. K., & Elizur, A. (1992). The Association Between Adolescents' Attitudes Toward Suicide and their Psychosocial Background and Suicidal Tendencies. *Adolescence*, 27(108), 949-959.
- Sterlin, C. (1988). L'intervenant homoethnique en contexte interculturel. *Interculture, été*, 21.
- Tapia, C., & Roussay, P. (1991). Le concept d'attitude. Dans *Les attitudes*, Éditions d'Organisation (Ed.),Paris.
- Thomas, L.-V. (1988). Les suicides: l'Afrique et nous. *Frontières*, 1(2), 20-24.
- Thomas, R., & Alaphilippe, D. (1983). *Les attitudes* (Bouquiner ed.). Paris: Presses universitaires de France.
- Thomas, W., & Znaniecki, F. (1918). *The Polish Peasant in Europe and America* (Vol. 1). Boston: Richard G. Badger.
- Tousignant, M. (1991). Le suicide et les communautés culturelles: Le cas des jeunes au Québec. *Frontières, Hiver*, 11-17.
- Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des trouble psychologiques*. Paris: Presses Universitaires de France.



- Tousignant, M., Gagnon, A., & Des Aulniers, L. (1999). Une entrée ratée dans la vie. *Frontières, automne*, 23-32.
- Tousignant, M., Hamel, S., & Bastien, M.-F. (1988). Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 79-93.
- Tousignant, M., & Mishara, B. L. (1981). Suicide and Culture: A Review of the Literature (1969-1980). *Transcultural Psychiatric Research Review*, 18, 6-32.
- Tousignant, M., Mishara, B. L., St-Laurent, D., Trépanier, N., & Fortin, V. (2001). *The Suicide of a Popular TV Journalist in Quebec: Anatomy of Consequences*. Paper presented at the 34 th Annual Conference of the American Association of Suicidology, Atlanta.
- Tremblay, H. (1996). *Les attitudes à l'égard du suicide: influence de la religion et de l'ethnie*. Mémoire non publié, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Tremblay, M.-J., & Légaré, G. (2001). *Confrontation entre les services offerts par les différentes ressources en prévention du suicide chez les adolescents et les besoins des jeunes présentant des comportements suicidaires*. Rimouski: Centre Hospitalier régional de Rimouski.
- Tseng, W. S., & McDermott, J-F. (1981). *Suicide, Culture, mind and therapy: An introduction to cultural psychiatry* New-York: Brunner/Mazel (p. 88-108).
- Ungemack, J. A., & Guarnaccia, P. J. (1998). Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Mexican Americans, Puerto Ricans and Cuban Americans. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 307-327.
- Valcin, P.-B. (1996). *Les représentations d'adolescents d'origine haïtienne (14 ans et plus) de la région de Montréal de leur intégration sociale à l'école secondaire et de leur identité culturelle*. Mémoire non publié, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Van Meerbeck, P. (1998). *Que jeunesse se passe, l'adolescence face au monde adulte*. Bruxelles: De Boeck.
- Van Schendel. (1987). Identité en devenir et relations ethniques. *Apprentissage et Socialisation*, 10(2), 87-97.
- Vasquez, A. (1987). Les avatars de l'identité culturelle étudiées chez les exilés politiques. *L'homme et Société*, 83.
- Veilleux, C., St-Cyr-Tribble, D., & Paul, D. (1993). Conceptions et attitudes des parents d'adolescents par rapport au suicide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 269-286.
- Villaire, P. (1994). *Reflexions sur la mort*. Port-au-Prince: Les Presses de l'imprimerie 2.
- Villata, B. (1985). *Bilinguisme et problématique des langues ethniques enquête sur le comportement linguistique des jeunes Montréalais d'origine italienne*. Québec: Université Laval, Centre international de recherches sur le bilinguisme.
- Ville de Montréal. (2000). *L'origine ethnique, la langue maternelle et le statut d'immigration*. Retrieved 17/04/2000, 2000, de l'internet: [www.ville.montreal.qc.ca/urb\\_demo/mtlbref/mtlethnie.htm](http://www.ville.montreal.qc.ca/urb_demo/mtlbref/mtlethnie.htm)
- Westefeld, J. S., Range, L. M., Rogers, J. R., Maples, M. R., Bromley, J. L., & Alcron, J. (2000). Suicide an Overview. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 445-510.
- White, J., & Jodoin, N. (1998). *'Before the Fact' Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*. British Columbia: Suicide prevention information and resource centre of British Columbia.

- Zak, I. (1973). Dimension of Jewish-American Identity. *Psychological Reports*, 33, 239-246.
- Zimbardo, P. G., & Leippe, M. R. (1991). *The Psychology of Attitude Change and Social Influence*. New York: McGraw- Hill.

# **Annexe 1**

## **Plan d'entrevue**

## Plan d'entrevue

### Perceptions

*Connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens*

1. Quel est l'**image** ou quels sont les images qu'**évoque(nt)** le suicide au sein de la communauté X ? (Qu'est ce qui vous vient à l'esprit ? ; Comment cela est vue ?)
2. D'après votre expérience quels sont les **sentiments** qui peuvent amener quelqu'un à se suicider ? (Pouvez-vous élaborer ?)
3. D'après vous quels sont les **situations** qui peuvent amener quelqu'un à se suicider ?
4. Comment est **perçu une personne qui se suicide** au sein de la communauté ?
- 4a par les parents, les proches, les amis, les collègues, les enfants...

### Valeurs

*Idee qui modèle la conception de la vie ;elle oriente les comportements, attitudes, sentiments et opinions*

1. Quels sont les **valeurs rattachés au suicide** au sein de la communauté ? (positif, négatif, accepté....)
2. Y a t'il des **circonstances** (situations) où il est **plus acceptable** de se suicider ?

### Attitudes

*État mental qui prédispose à agir d'une certaine manière*

Pour les gens de la communauté X les comportements suicidaires :

1. sont-ils reliés à un **problème de santé mentale** ? Pouvez-vous justifier votre réponse
2. sont-ils reliés à une **demande d'aide** ?
3. sont-ils des actes qu'on a le **droit d'accomplir** ?
4. sont-ils en rapport avec les  **croyances religieuses** ?
5. sont-ils en rapport avec les **liens familiaux** ?
6. sont-ils des actes de la **vie courante** ?
7. sont-ils des actes **reliés à la morale** ?
8. sont-ils reliés à un sentiment d'impuissance ? Selon vous quelle est l'attitude prédominante comm.X ?

## Comportements

1. Croyez-vous que le suicide est un **problème** au sein de la communauté X?
  - 1a Est-ce qu'il y a **beaucoup de suicide** dans la communauté ?
  - 1b Est-ce qu'il y a des (données) **statistiques** sur le suicide dans la communauté ?
2. Est-ce que les **jeunes** de la communauté font des **tentatives de suicide** ? Lesquels ? Pourquoi ?
3. Selon vous est-ce qu'on **parle du suicide** dans la communauté X ?
  - 3a Qui en parle ?
  - 3b Qui n'en parle pas ?
4. En général est-ce que les gens qui se suicident en **parlent avant** ?

## Identité culturelle

Quels sont les éléments (comportements) chez les jeunes qui démontrent l'appartenance à la communauté X ? Pouvez-vous en citer au moins cinq ? Pouvez-vous les placer en ordre de priorité ?

Avez-vous connu ou connaissez-vous une personne suicidaire ?

# **Annexe 2**

## **Consentement à l'entrevue**

## Formulaire de consentement

Date : \_\_\_\_\_

Nom de l'informateur-clé: \_\_\_\_\_

J'accepte de participer à cette entrevue dans le cadre d'une étude portant sur les représentations sociales des adolescents. Il est entendu que l'entrevue durera au maximum une heure et sera enregistrée avec un magnétophone. Je suis également informé(e) que tout ce que je dirai restera confidentiel. Enfin, je suis libre de ne pas répondre aux questions pour n'importe quelle raison et je peux arrêter l'entrevue à n'importe quel moment. Un refus de ma part n'entraînerait aucun préjudice à mon égard.

Signature de l'informateur-clé: \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

# **Annexe 3**

## **Questionnaire**



Bonjour,

Merci de nous aider en participant à ce projet de thèse doctorale portant sur les représentations sociales du suicide chez les adolescents. Ce questionnaire est une enquête d'opinion, il permettra de déterminer les attitudes, les croyances, les comportements, les perceptions et les valeurs des adolescents(es) concernant la problématique du suicide.

Il faut prendre le temps de lire attentivement chaque question, d'y répondre le plus franchement possible et au meilleur de ta connaissance. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons connaître ce que tu penses. N'hésite pas à poser des questions si tu ne comprends pas un mot ou une expression.

Sois assuré(é) que toutes les informations demeureront confidentielles. Bien sûr, tu es entièrement libre de participer.

Pour avoir plus d'informations sur la recherche, n'hésites pas à contacter la responsable du projet Witnisse Mereus au (514) 987-3000/1688.

Merci de ta collaboration !

## Questionnaire sur le suicide

Le présent questionnaire est un sondage d'opinion. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tes réponses demeurent confidentielles. Elles seront examinées exclusivement dans le cadre de cette recherche.

***Il est important que tu répondes en toute franchise.***

Pour chaque item inscrit si tu es :

**TA** = totalement d'accord

**A** = d'accord

**I** = indécis(e)

**D** = en désaccord

**TD** = totalement en désaccord

QUESTIONS	TA	A	I	D	TD
1. La plupart des personnes qui tentent de se suicider sont isolées et dépressives.					
2. Presque tout le monde a songé au suicide à un moment ou à un autre de sa vie.					
3. Les centres de prévention du suicide ne respectent pas le droit d'une personne de s'enlever la vie.					
4. L'augmentation du taux de suicides est due au déclin de l'influence de la religion.					
5. Je ressentirais de la honte si un membre de ma famille se suicidait.					
6. Les personnes qui souffrent d'une maladie incurable devraient avoir le droit de se suicider dignement.					
7. Ceux qui menacent de se suicider passent rarement à l'action.					
8. Le suicide constitue une cause principale de décès au Canada.					
9. Le suicide est un moyen acceptable pour mettre fin à sa vie lorsqu'on souffre d'une maladie incurable.					
10. En général, les personnes qui se suicident ont une maladie mentale.					
11. Certaines personnes se donnent la mort à titre de punition.					
12. Le sentiment de désespoir attaché à l'acte suicidaire va à l'encontre					

QUESTIONS	TA	A	I	D	TD
13. Je ressens de la pitié pour les personnes qui s'enlèvent la vie.					
14. Le suicide est acceptable pour les personnes âgées et les personnes handicapées.					
15. Le suicide est la preuve que l'être humain par sa nature est agressive et destructrice.					
16. La plupart des gens qui font des tentatives de suicide ne veulent pas vraiment mourir.					
17. Une personne qui tente de se suicider ne peut être tenue responsable de ses actions.					
18. Il est rare qu'une personne qui pense à s'enlever la vie soit dissuadée grâce à une écoute amicale.					
19. Les personnes qui se suicident doivent avoir un faible caractère.					
20. Un grand pourcentage des victimes du suicide provient de familles éclatées.					
21. Les personnes qui se tuent afin d'attirer l'attention sur des causes politiques ou religieuses sont mentalement déséquilibrées.					
22. La plupart des gens qui se suicident ne croient pas en une vie ultérieure (après la mort).					
23. Quand une personne est suicidaire, elle l'est pour toujours.					
24. Il peut y avoir des situations où la seule solution raisonnable est le suicide.					
25. On doit empêcher les personnes de se suicider puisque la plupart ne sont plus rationnelles lors d'une crise suicidaire.					
26. Les prisonniers qui font des tentatives suicidaires essaient tout simplement d'avoir des meilleures conditions de vie en prison.					
27. Si une personne fait une tentative de suicide, la probabilité de faire une autre tentative est presque nulle.					
28. En général, le suicide est un acte épouvantable qui ne peut être pardonné.					

QUESTIONS	TA	A	I	D	TD
29. Une psychothérapie devrait être imposée aux personnes qui font des tentatives de suicide, afin de les aider à voir plus clair leurs motivations inconscientes.					
30. Le suicide est un comportement humain normal.					
31. Selon la théorie de l'évolution, le suicide représente un moyen naturel par lequel les personnes en moins bonne santé mentale sont éliminées.					
32. Les personnes qui font des tentatives de suicide sur des places publiques (tels que les ponts ou les gratte-ciel ) le font pour attirer l'attention.					
33. Les facteurs situationnels, par exemple le manque de ressources financières, sont des causes majeures conduisant au suicide.					
34. Quelquefois le suicide représente la seule porte de sortie aux problèmes de la vie.					
35. Le suicide constitue une transgression morale très grave.					
36. Si quelqu'un veut se suicider, c'est son affaire; on ne doit pas s'en mêler.					
37. Une tentative de suicide est essentiellement un appel à l'aide.					
38. Dans les lettres d'adieux, le message qu'on retrouve le plus souvent en est un de solitude.					
39. En général, les proches parents d'une victime n'avaient pas la moindre idée de ce qui allait se passer.					
40. Les comportements d'autodestruction à long terme, comme l'alcoolisme, représentent une forme inconsciente de suicide.					
41. Le suicide va à l'encontre des lois de Dieu ou de la nature.					
42. Il devrait exister des cliniques de suicide où les gens qui désirent mourir pourraient le faire sans souffrir, en toute intimité.					
43. Les personnes qui font des tentatives de suicide essaient souvent d'attirer la sympathie des membres de l'entourage.					

QUESTIONS	TA	A	I	D	TD
44. Les personnes qui tentent de se suicider manquent de fermes convictions religieuses.					
45. Les personnes déracinées ou sans liens familiaux ont un risque plus élevé de faire une tentative de suicide.					
46. Les personnes qui manquent leur tentative de suicide ne souhaitent pas vraiment mourir.					
47. Chacun d'entre nous a le potentiel de se suicider.					
48. Les personnes qui meurent par suicide ne devraient pas être enterrées au même cimetière que celles qui meurent de façon naturelle.					
49. La plupart des personnes qui meurent par suicide ne croient pas en Dieu.					
50. Ceux qui font des tentatives de suicide à leur vie sont des individus plus exigeants envers eux-mêmes et moins flexibles.					
51. La grande majorité des tentatives de suicide conduisent à la mort.					
52. Les gens qui font des tentatives de suicide à leur vie représentent un groupe moins religieux.					
53. En tant que groupe, les personnes qui font des tentatives de suicide à leur vie ont connu des relations familiales dysfonctionnelles dans leur enfance.					
54. On n'a pas le droit de s'enlever la vie.					
55. La plupart des tentatives de suicides se soldent par un échec.					
56. Ceux qui se suicident sont des lâches qui ne peuvent affronter les épreuves de la vie.					
57. Les individus dépressifs sont plus à risque de se suicider.					
58. Les personnes qui sont à haut risque suicidaire peuvent facilement être identifiées.					

**Pour chaque item entoure la lettre qui correspond à ta réponse.**

**59. Quelle est la principale image (1) qui te vient à l'esprit quand tu penses au suicide ?**

- a) Le lâche
- b) La honte
- c) La souffrance
- d) Le possédé
- e) L'échec personnel et social
- f) Le dépressif
- g) Le fou
- h) Le courageux
- i) Autre \_\_\_\_\_

**60. D'après toi, lequel (1) de ces sentiments est le plus susceptible d'amener un jeune à tenter de se suicider ?**

- a) Le détachement du réseau familial
- b) Le désespoir
- c) Le désenchantement quant à l'avenir
- d) Le désarroi quant à son identité
- e) La déprime
- f) Le manque d'amour
- g) Autre \_\_\_\_\_

**61. D'après toi, quelle description (1) correspond le mieux à la personne suicidaire ?**

- a) Une personne instable
- b) Une personne lâche
- c) Une personne qui a besoin d'aide
- d) Une personne folle
- e) Une personne qu'on ne comprend pas
- f) Une personne possédée
- g) Une personne qui a un problème de santé mentale
- h) Une personne courageuse

62. D'après toi, quelles sont les trois (3) principales situations qui peuvent amener un jeune de ta communauté à se suicider?

- a) Les conflits parentaux
- b) Une situation sociale sans espoir
- c) Le décrochage du réseau familial
- d) La peine d'amour
- e) Les problèmes scolaires
- f) Le rejet par les pairs
- g) Un problème d'identité
- h) Un problème d'orientation sexuelle
- i) La maladie mentale
- j) Les problèmes juridiques
- k) La toxicomanie
- l) Autre \_\_\_\_\_

63. D'après toi, quelles sont les meilleures façons de prévenir le suicide?

---



---



---



---



---

**Pour chaque item coche la réponse qui correspond à ton choix.**

64. Généralement, dans ma communauté culturelle on croit que :

	OUI	NON
• Le suicide est un acte défendu par la religion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le suicide est un choix individuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La personne qui veut se tuer doit être possédée par une force externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le suicide est un sujet dont on ne parle pas (tabou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La vie ne mérite d'être vécue que si elle nous permet d'atteindre nos buts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La vie est un don de Dieu, il ne nous revient pas d'y mettre fin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le suicide est une trahison pour la famille du suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Parmi les énoncés auxquels tu as répondu oui à la question 64, lequel est le plus susceptible d'avoir un impact sur la décision d'un jeune de ta communauté de se suicider ?

- a) Le suicide est un acte défendu par la religion
- b) Le suicide est un choix individuel
- c) Une personne qui veut se tuer doit être possédée par une force externe
- d) Le suicide est un sujet dont on ne parle pas (tabou)
- e) La vie ne mérite d'être vécue que si elle nous permet d'atteindre nos objectifs.
- f) La vie est un don de Dieu, il ne nous revient pas d'y mettre fin
- g) Le suicide est une trahison pour la famille
- h) Le suicide amène un jugement sur la famille
- i) Le suicide est une solution à une vie misérable

66. Parmi les énoncés suivants, lequel est le plus susceptible d'empêcher un jeune de ta communauté de se suicider.

- a) L'entraide et le support au sein de la famille
- b) Les bons amis à qui on peut se confier
- c) Les endroits dans ma communauté où je peux trouver de l'aide
- d) L'amour pour ses parents
- e) L'absence de discussion sur le suicide
- f) La peur d'aller en enfer
- g) L'existence des traitements efficaces pour la dépression et les problèmes de dépendance.

67. Parmi ces phrases, laquelle correspond plus à ce que tu penses ?

- a) Il n'y a aucune situation où le suicide d'un jeune est acceptable.
- b) Dans certaines situations le suicide d'un jeune peut être acceptable.
- c) Le suicide d'un jeune est généralement acceptable.



**Dans la section suivante entoure le chiffre qui correspond à ta réponse.**

**Comment te sens-tu?**

68. Pas du tout Haïtien(ne) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Complètement  
Haïtienne

69. Pas du tout Canadien(ne) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Complètement  
Canadien(ne)

70. Quel est ton âge? \_\_\_\_\_

71. En quelle année scolaire es-tu? \_\_\_\_\_

72. Quel est ton lieu de naissance? \_\_\_\_\_

73. Quelle(s) langue(s) autre(s) que le français ou l'anglais connais-tu assez bien pour soutenir une conversation? \_\_\_\_\_

74. Quelle langue parles-tu le plus souvent à la maison ? \_\_\_\_\_

75. Parles-tu régulièrement d'autre(s) langue(s) à la maison ? \_\_\_\_\_

76. Depuis combien d'année habites-tu sur l'île de Montréal ? \_\_\_\_\_

77. A quel groupe ethnique appartiens-tu ? \_\_\_\_\_

78. Quel est le lieu de naissance :

a) de ta mère \_\_\_\_\_

b) de ton père \_\_\_\_\_

c) de la mère de ta mère \_\_\_\_\_

d) du père de ta mère \_\_\_\_\_

e) de la mère de ton père \_\_\_\_\_

f.)du père de ton père \_\_\_\_\_

79. Nombre d'années passées au Québec par ta mère? \_\_\_\_\_

80. Nombre d'années passées au Québec par ton père? \_\_\_\_\_

81. Groupe ethnique de ta mère? \_\_\_\_\_

82. Groupe ethnique de ton père? \_\_\_\_\_

**Pour chaque item entoure la lettre qui correspond à ta réponse.**

83. Est-ce que tu t'identifies à une religion ? a) oui ☐ b) non ☐

Si oui, entoure la lettre de la religion appropriée

- a) Catholique
- b) Protestante
- c) Orthodoxe
- d) Juive
- e) Bouddhiste
- f) Hindoue
- g) Musulmane
- h) Autre \_\_\_\_\_

84. Penses-tu être pratiquant par rapport à ta religion? a) oui ☐ b) non ☐

85. Est-ce que ta mère s'identifie à une religion? a) oui ☐ b) non ☐

Si oui, entoure la lettre de la religion appropriée

- a) Catholique
- b) Protestante
- c) Orthodoxe
- d) Juive
- e) Bouddhiste
- f) Hindoue
- g) Musulmane
- h) Autre \_\_\_\_\_

86. Est-ce que ton père s'identifie à une religion? a) oui ☐ b) non ☐

Si oui, entoure la lettre de la religion appropriée

- a) Catholique
- b) Protestante
- c) Orthodoxe
- d) Juive
- e) Bouddhiste
- f) Hindoue
- g) Musulmane
- h) Autre \_\_\_\_\_

87. Penses-tu que tes parents sont pratiquants par rapport à leur religion? a) oui ☐ b) non ☐

88. Dans quel quartier de Montréal habites-tu? \_\_\_\_\_

89. Participes-tu régulièrement à des activités organisées par ta communauté d'origine?

- a) oui ☐ b) non ☐

Si oui, combien de fois par mois? \_\_\_\_\_

90. Quelle a été la dernière activité de ta communauté culturelle à laquelle tu as participé? \_\_\_\_\_



# **Annexe 4**

## **Consentement au questionnaire**

Bonjour,

Merci de nous aider en participant à ce projet de thèse doctorale portant sur les représentations sociales du suicide chez les adolescents. Ce questionnaire est une enquête d'opinion, il permettra de déterminer les attitudes, les croyances, les comportements, les perceptions et les valeurs des adolescents(es) concernant la problématique du suicide.

Il faut prendre le temps de lire attentivement chaque question, d'y répondre le plus franchement possible et au meilleur de ta connaissance. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons connaître ce que tu penses. N'hésite pas à poser des questions si tu ne comprends pas un mot ou une expression.

Sois assuré(é) que toutes les informations demeureront confidentielles. Bien sûr, tu es entièrement libre de participer.

Signature de l'adolescent(e) : \_\_\_\_\_

Merci de ta collaboration !  
Witnissee Mereus

# **Annexe 5**

## **Plan de l'entrevue de groupe**

## Plan de l'entrevue de groupe

### Perceptions

*Connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens*

(vision, sentiments, expériences)

1. Quelle est l'**image** ou quelles sont les images qu'**évoque** le suicide pour vous ?  
(Qu'est ce qui vous vient à l'esprit ? ; Comment voyez-vous ça ?)
2. D'après votre expérience quels sont les **sentiments** qui peuvent amener quelqu'un à se suicider ?
3. D'après vous, quelles sont les **situations** qui peuvent amener quelqu'un à se suicider ?
4. Comment percevez-vous **une personne qui se suicide** ?

### Valeurs

*Idée qui modèle la conception de la vie ; elle oriente les comportements, attitudes, sentiments et opinions*

1. Quelles sortes de **valeurs rattachez-vous au suicide** ? (positif, négatif, accepté....)
2. Y a t'il des **circonstances** (situations) où il est **plus acceptable** de se suicider ?

### Attitudes

*État mental qui prédispose à agir d'une certaine manière*

1. Comment qualifiez-vous l'acte suicidaire ? Pouvez-vous expliquer votre réponse

### Comportements

1. Est-ce qu'il y a beaucoup de suicides dans la communauté ?
2. Croyez-vous que le suicide est un problème parmi les jeunes X ?
3. Est-ce que les jeunes de votre communauté font des tentatives de suicide ? Qui sont-ils ?
4. Est-ce qu'on parle du suicide dans la communauté ?

Avez-vous connu ou connaissez-vous une personne suicidaire ? oui/ non

# **Annexe 6**

**Consentement des adolescents  
pour l'entrevue de groupe**



## Formulaire de consentement

Date : \_\_\_\_\_

Prénom de l'adolescent(e): \_\_\_\_\_

J'accepte de participer au focus-group dans le cadre d'une étude portant sur les représentations sociales des adolescents. Il est entendu que le focus-group durera moins de deux heures et sera enregistrée avec un magnétophone. Je suis également informé(e) que tout ce que je dirai restera confidentiel. Les enregistrements seront détruits à la fin de la recherche et il y aura aucune façon d'identifier les participants à partir des données tirées des enregistrements. Enfin, je suis libre de ne pas répondre aux questions pour n'importe quelle raison. Un refus de ma part n'entraînerait aucun préjudice à mon égard.

Pour avoir plus d'informations sur la recherche, n'hésites pas à contacter la responsable du projet Witnisse Mereus au (514) 987-3000/1688.

Signature de l'adolescent(e): \_\_\_\_\_

Merci de ta collaboration

# **Annexe 7**

## **Ressources d'aide**

## **Ressources d'aide**

**Si tu recherches de l'information ou de l'aide par rapport au suicide ses organismes pourront t'aider :**

**Suicide Action Montréal : (514) 723-4000**

**Tel Jeune : (514) 288-2266**

**Jeunesse j'écoute : 1 800 668-6868**

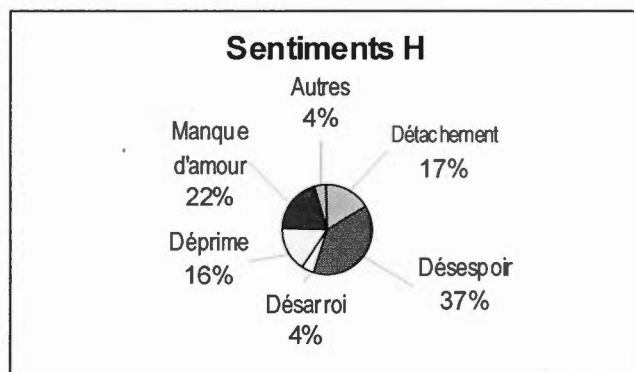
# **Annexe 8**

## **Figures descriptives supplémentaires**

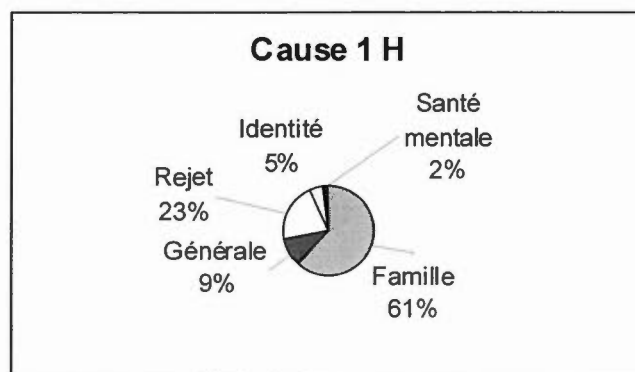
## *Communauté haïtienne*

### **CROYANCES**

#### Sentiments pouvant mener au suicide



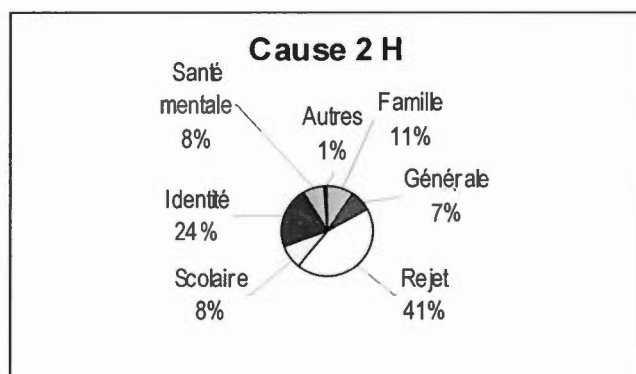
#### 1<sup>ière</sup> CAUSE pouvant mener au suicide



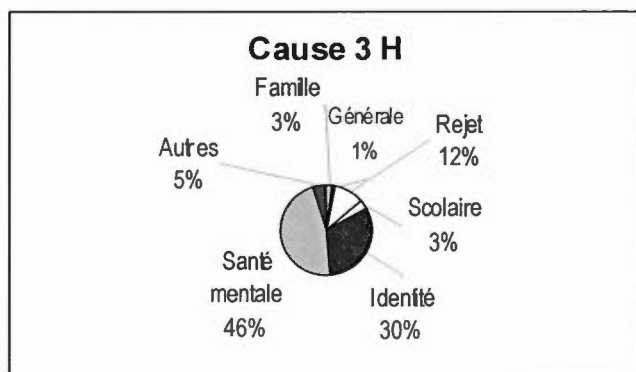
## *Communauté haïtienne*

### **CROYANCES**

#### 2<sup>ème</sup> CAUSE pouvant mener au suicide



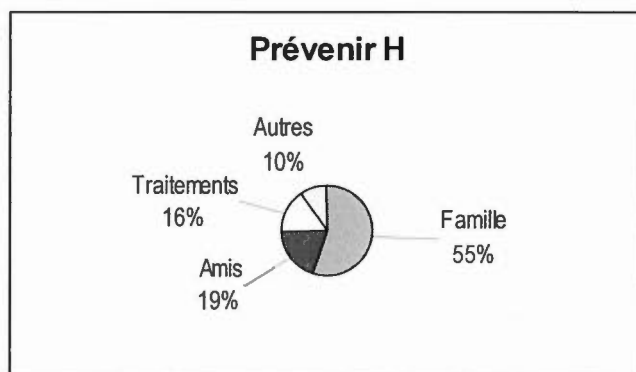
#### 3<sup>ème</sup> CAUSE pouvant mener au suicide



## *Communauté haïtienne*

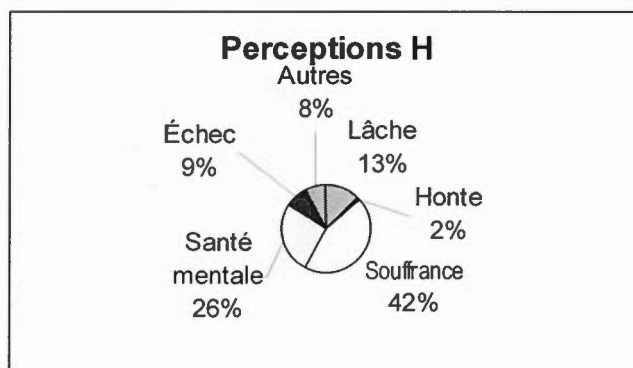
### **CROYANCES**

#### Moyens de prévention



### **PERCEPTIONS**

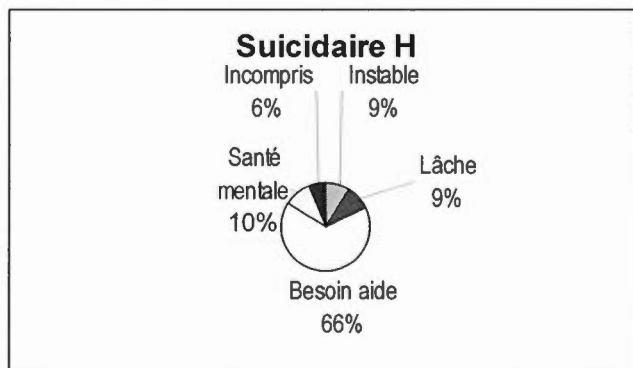
#### Perception de l'acte



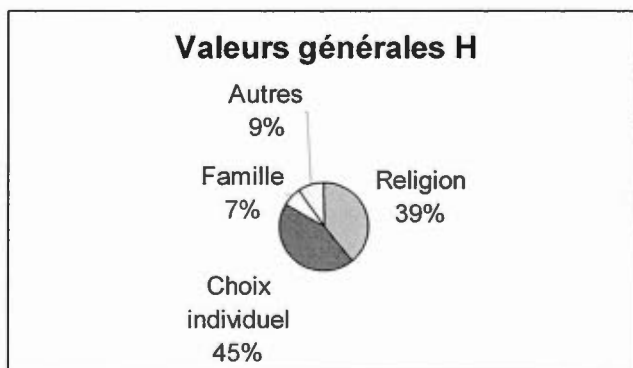
## *Communauté haïtienne*

### **PERCEPTIONS**

#### Perception du suicidaire



### **VALEURS**

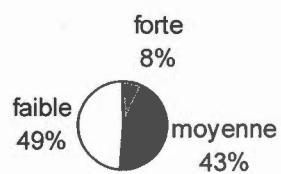




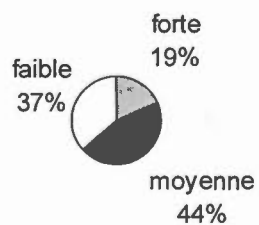
## *Communauté haïtienne*

### **VALEURS**

#### **Valeurs individuelles H**

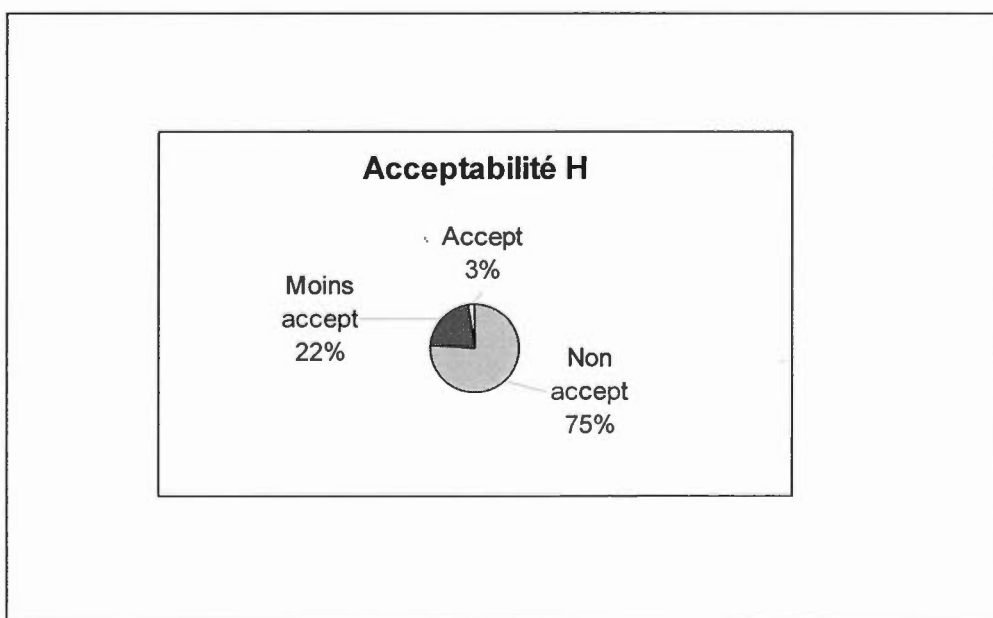
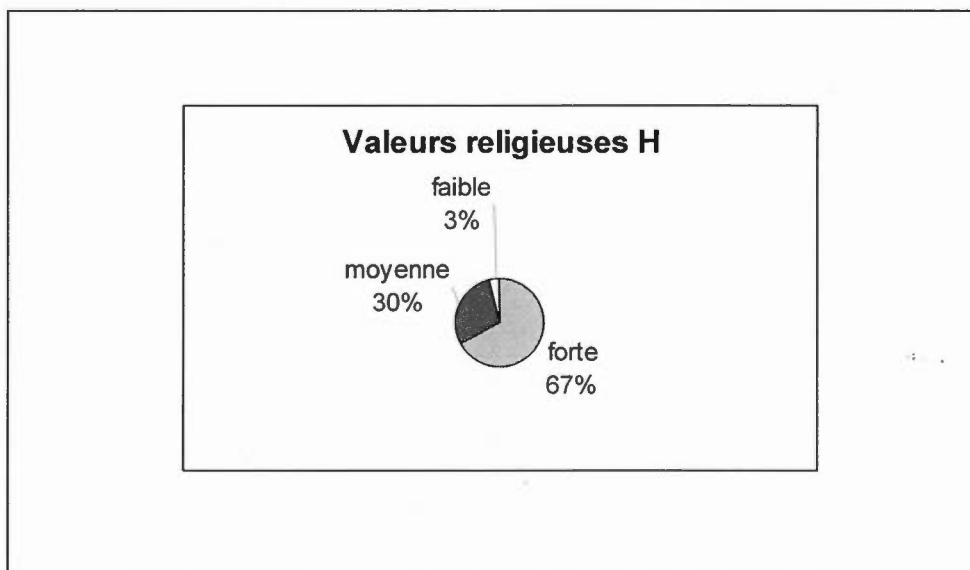


#### **Valeurs familiales H**



## *Communauté haïtienne*

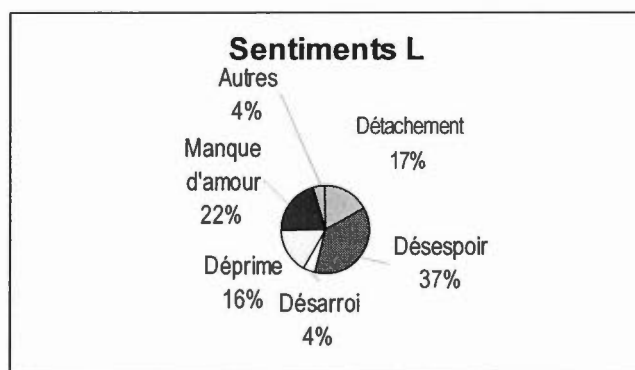
### **VALEURS**



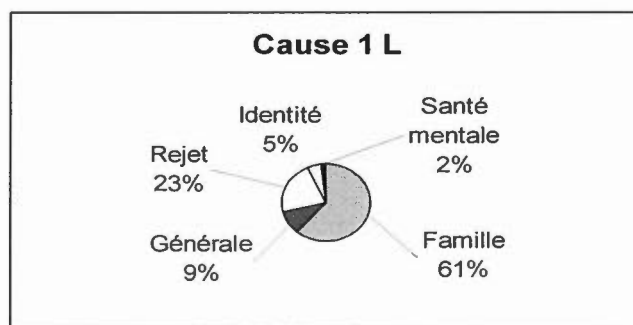
## Communauté latino-américaine

### CROYANCES

#### Sentiments pouvant mener au suicide



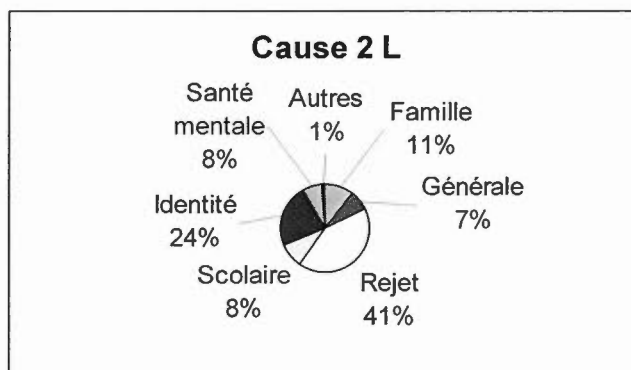
#### 1<sup>ère</sup> CAUSE pouvant mener au suicide



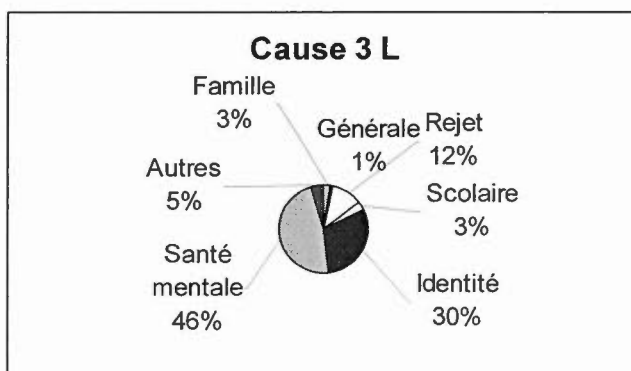
## Communauté latino-américaine

### CROYANCES

#### 2<sup>ème</sup> CAUSE pouvant mener au suicide



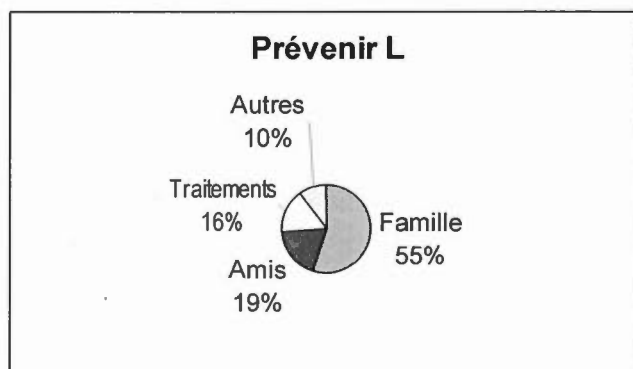
#### 3<sup>ème</sup> CAUSE pouvant mener au suicide



## *Communauté latino-américaine*

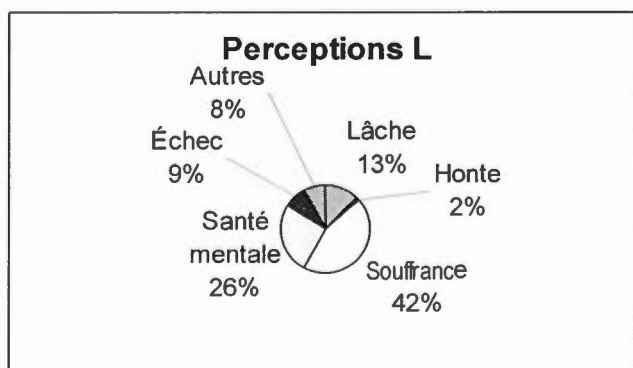
### **CROYANCES**

#### Moyens de prévention



### **PERCEPTIONS**

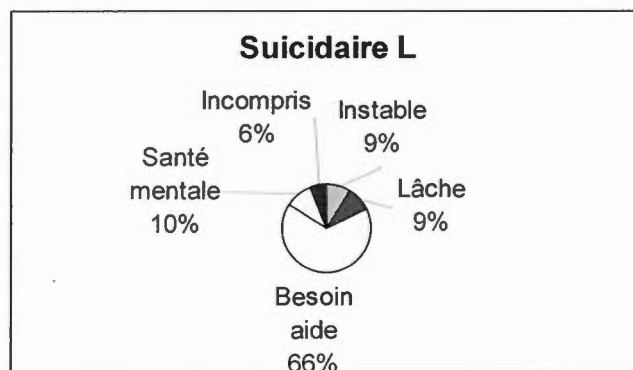
#### Perception de l'acte



## *Communauté latino-américaine*

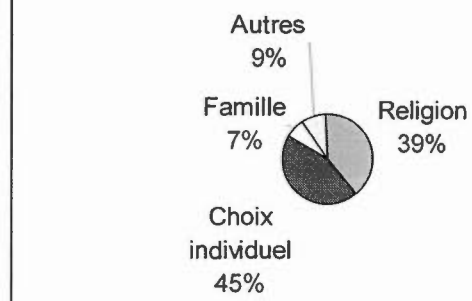
### **PERCEPTIONS**

#### Perception du suicidaire



### **VALEURS**

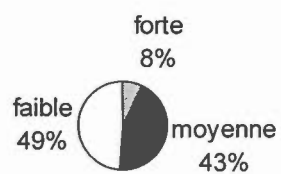
#### Valeurs générales L



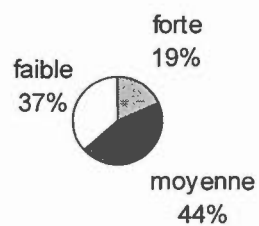
## *Communauté latino-américaine*

### **VALEURS**

#### **Valeurs individuelles L**



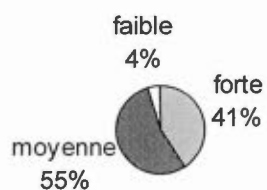
#### **Valeurs familiales L**



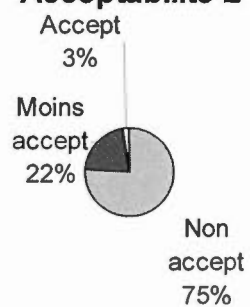
## *Communauté latino-américaine*

### **VALEURS**

#### **Valeurs religieuses L**



#### **Acceptabilité L**

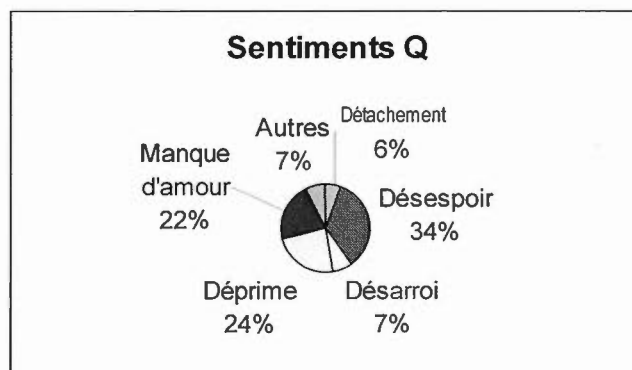




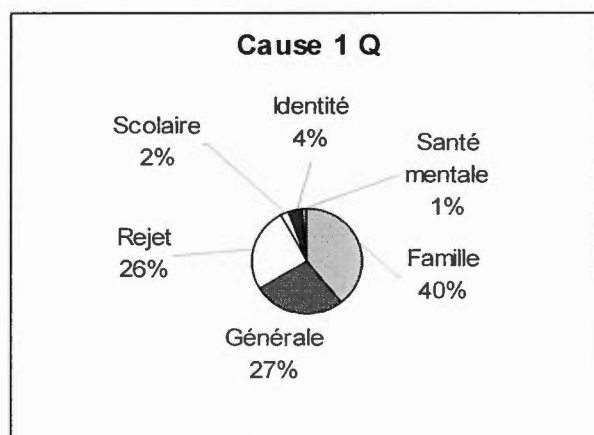
## Communauté québécoise

### CROYANCES

#### Sentiments pouvant mener au suicide



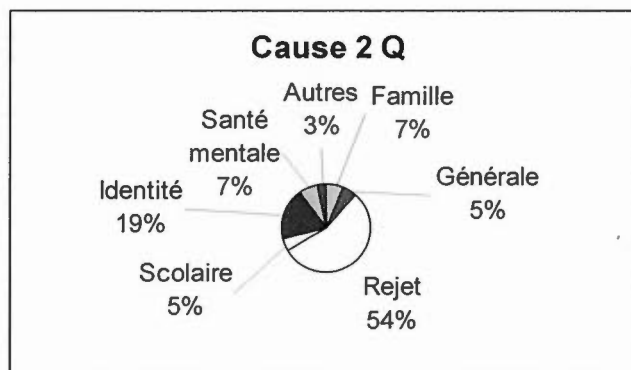
#### 1<sup>ière</sup> CAUSE pouvant mener au suicide



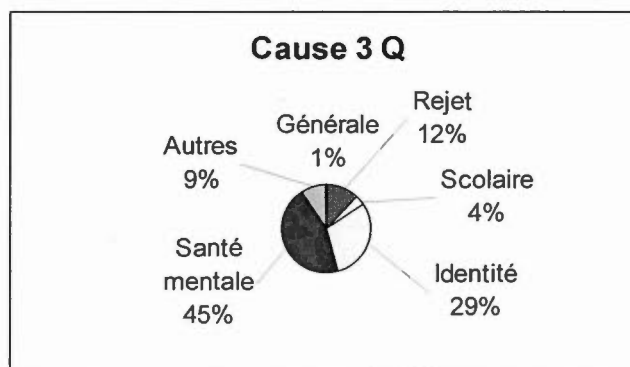
## Communauté québécoise

### CROYANCES

#### 2<sup>ème</sup> CAUSE pouvant mener au suicide



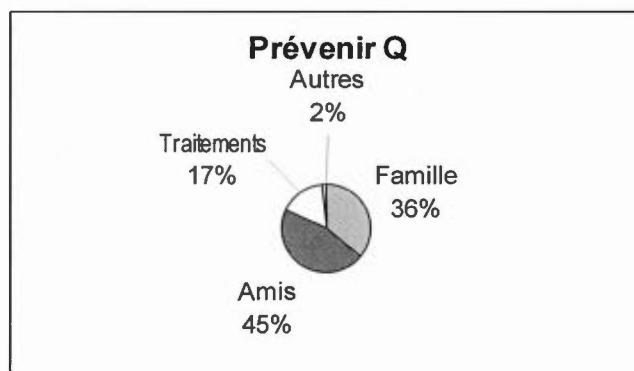
#### 3<sup>ème</sup> CAUSE pouvant mener au suicide



## *Communauté québécoise*

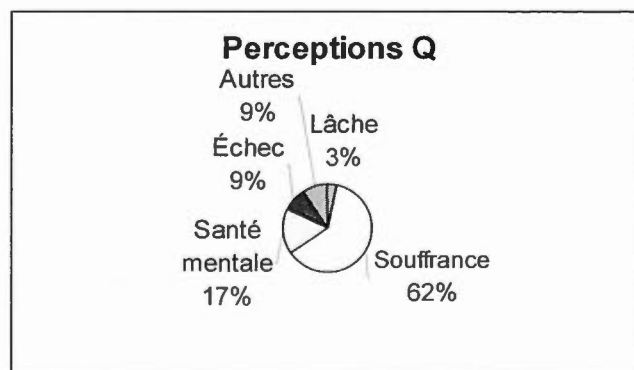
### **CROYANCES**

#### Moyens de prévention



### **PERCEPTIONS**

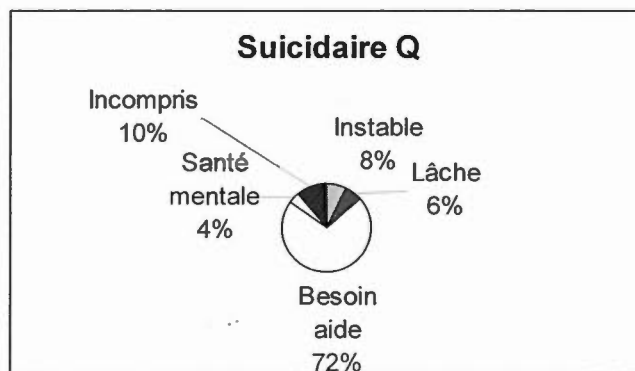
#### Perception de l'acte



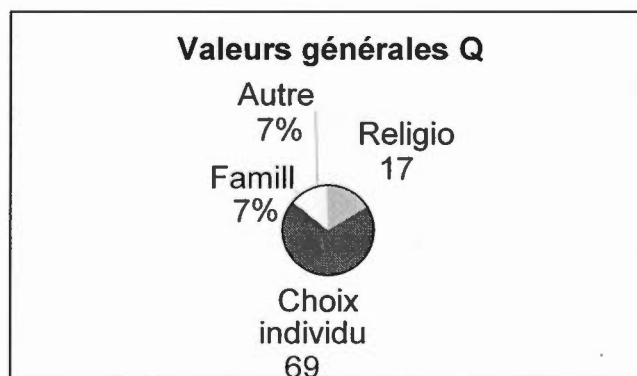
## Communauté québécoise

### PERCEPTIONS

#### Perception du suicidaire



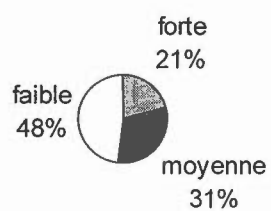
### VALEURS



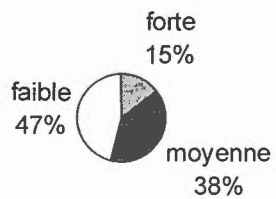
## *Communauté québécoise*

### **VALEURS**

#### **Valeurs individuelles Q**



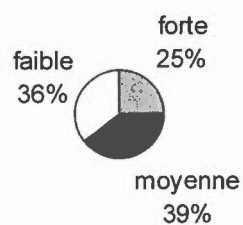
#### **Valeurs familiales Q**



## *Communauté québécoise*

### **VALEURS**

#### **Valeurs religieuses Q**



#### **Acceptabilité Q**

